Thesis Leiden 1895

De Operatie van Péan

als Hystérectomie Évacuatrice

TER BEHANDELING VAN

BEKKENABSCESSEN.

S. Reeling Brouwer.

Ex-libris
Charles Atwood
Kofoid

De operatie van Péan als Hystérectomie Évacuatrice

TER BEHANDELING VAN

BEKKENABSCESSEN.

De operatie van Péan als Hystérectomie Evacuatrice

TER BEHANDELING VAN

BEKKENABSCESSEN.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE,

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE LEIDEN.

OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS

Mr. P. A. VAN DER LITH,

Hoogleeraar in de Faculteit der Rechtsgeleerdheid,

VOOR DE FACULTEIT TE VERDEDIGEN

op Donderdag 30 Mei 1895, des namiddags te 4 uren,

DOOR

SIJTZE REELING BROUWER,

geboren te Bergum.

LEIDEN. — P. J. MULDER.

1895.

AAN MIJNE OUDERS.

Het is mijne bedoeling bij de samenstelling van dit proefschrift eene nieuwe methode te bespreken van behandeling van de zieke adnexa van den uterus in het algemeen en van de etterige Parametritis in het bizonder.

Te meer vond ik opgewektheid dit onderwerp ter hand te nemen, daar de eerste mannen op chirurgisch-gynaecologisch gebied te Parijs gedurende de laatste jaren een heftigen strijd hebben gestreden en nog strijden, welke behandelingswijze de voorkeur verdient.

Op dit oogenblik is de zaak nog, wat men noemt, „een open questie" en niettegenstaande men elkaar bij verschillende gelegenheden door statistische aanhalingen en uitvoerige theoretische beschouwingen heeft getracht te overtuigen, is men slechts op enkele punten tot overeenstemming gekomen.

Directe aanleiding waren drie patienten in den laatsten tijd in de Kliniek van Professor Treub geopereerd.

Eenige opmerkingen over de geschiedenis van de operatie mogen voorafgaan.

Volgens Lazzari werd omstreeks het begin dezer eeuw de baarmoeder per vaginam verwijderd door Monteggia, in drie gevallen.

Eene meer vertrouwbare mededeeling, van eene hysterectomie vaginale, is die van een zekeren Paleta; deze publicatie dateert van 13 April 1812; Paleta wilde de cervix amputeeren wegens carcinomateuze degeneratie, doch bemerkte na de operatie, dat de uterus, in zijn geheel, was verwijderd.

In de Bibliothèque médicale van 1815 vinden we vier gevallen van Dupuytren te Parijs van exstirpatio colli uteri.

Nu komt er een tijd, waarin af en toe door verschillende chirurgen een poging werd gedaan tot verwijdering van den uterus, doch met uiterst gering succès. Sauter, chirurg te Constance, opent de rij; hij verrichtte de operatie zonder ligaturen of tangen aan te leggen en toch schijnt zijne patiente nog vier maanden geleefd te hebben; dat de dood door verbloeding niet direct volgde, vindt wellicht zijne verklaring in de pogingen, die werden gedaan om den uterus naar beneden te trekken; zoo vinden we ook soms eene onbeduidende bloeding bij wonden door verscheuring; het komt toch voor

dat een arm of een been „in toto" wordt afgerukt zonder dat belangrijk bloedverlies het leven in gevaar brengt.

Het geval van Sauter is door hem gepubliceerd in een boekje zeer lezenswaardig voor hen, die zich een begrip wenschen te vormen van het standpunt, waarop in het begin onzer eeuw de geneeskunde stond, meer speciaal van de toenmalige opvatting van indicatie en techniek van opereeren.

Het boekje, verschenen bij W. Wallis te Constance in 1822, is getiteld „Die gänzliche Exstirpation der carcinomatösen Gebärmutter ohne selbst entstandenen oder künstlich bewirkten Vorfall mit näherer Anleitung, wie diese Operation gemacht werden kann.

Schrijver draagt zijn werk op, in de eerste plaats „allen, besonders operirenden Heilkünstlern, die sich um die Exstirpation der carcinomatösen gebärmutter interessiert haben und noch interessiren, vorzüglich aber dem Herren Hofrath und Professor Dr. F. B. Osiander.

Op de volgende bladzijde gaat hij merkwaardigerwijze verder met zijn opdracht, waar we vinden „Dem Weibe und ihrem Heroismus als Gegenstand und Hervorruferin dieser Operation zum Andenken gewidmet."

In de voorrede volgt een beroep op ons medelijden met het vrouwelijk geslacht, wegens het groot aantal gevaren, waaraan het „menschliche Weib" uitsluitend blootstaat, als gevolg daarvan, dat haar het, volgens Sauter, gewichtigste werk der menschelijke natuur is opgedragen n.l. de zorg voor de instandhouding van het menschelijk geslacht. Voor de beschrijving van de, door hem verrichte, exstirpatie der baarmoeder, wordt een historisch overzicht gegeven, van hetgeen voor hem op dit gebied was gedaan en gepubliceerd.

Hij onderscheidt twee rubrieken, en wel eene, waarbij ingegrepen werd na voorafgegane diagnose carcinoma uteri, en eene andere waarin door toeval of onwetendheid geheel uitgezakte en naar buiten gedreven, meest gezonde baarmoeders werden, men zou kunnen zeggen, geamputeerd.

Zoo geeft hij het volgende staaltje van de wijze, waarop soms verloskundigen bijstand werd verleend: „Eine unwissende Hebamme hielt die nach einer natürlichen Geburt ganz umgestülpte und aus der Scheide-oeffnung heraushangende gesunde Gebärmutter für ein Gewachs und schnitt sie mit dem Brotmesser ab. (Men ziet, geen halve maatregel.) Die Natur siegte über diese verwegene Dummheit und die Frau lebte geheilt noch viele Jahre."

Een ander, misschien nog krasser:

„Eine 35 Jahre alte, gesunde, mit einem zu weitem Becken versehene Frau gebar regelmässig; die unwissenden Hebammen wollten die Nachgeburt hinwegnehmen, zogen an der Nabelschnur, rissen sie ab, ein groszer Schlauch kam völlig ausser den Geschlechtstheilen zum Vorschein; sie hielten ihn für die Nachgeburt, zogen daran, aber ungeachtet ihrer Anstrengungen brachten sie dieselbe nicht heraus; sie entschlossen sich daher den ganzen Schlauch, so nahe es sich thun liesz, rundum abzuschneiden, welches von der kühnsten dieser dummen Weiber mit einem Raziermesser geschah. Es erfolgte ein auszerordentlicher Blutsturz, sie schoben Eiszapfen in die Scham und diese, samt dem Ohnmachten, stillten endlich den Blutflusz."

Ook deze vrouw schijnt er goed te zijn afgekomen, zij het dan ook met eene incontinentia urinae.

Een derde geval van dezen aard wordt vermeld in „Duncans Annals of Medicine" van 1799, waarbij een medicus een geinverteerden uterus, die met een gezwel samenhing, wegnam, eenvoudig door een ligatuur aan te leggen om de geheele geinverteerde baarmoeder en deze vervolgens daaronder af te snijden.

Het is duidelijk, dat, waar we alleen rekening

houden met technische questies, de wegname van de uitgezakte of geinverteerde baarmoeder iets geheel anders is dan die van den carcinomateuzen uterus „in situ"; toch waren bovenstaande publicaties toen ter tijd in zooverre uiterst leerzaam, dat daaruit ten duidelijkste bleek, dat het wegnemen van de baarmoeder mogelijk is, zonder het leven op te offeren en dat daardoor de functies van overige organen, zoo deze overigens gezond zijn, niet gestoord behoeven te worden.

Na Sauter vinden we gevallen vermeld van Hoelscher, Siebold, Langenbeck, Blundell, Banner en Lizars, in het geheel in den tijd van 7 jaren, twaalf; hiervan stierven negen vrouwen binnen den tijd van drie dagen, ééne overleefde de operatie 14 dagen, de patient van Sauter 4 maanden, zooals we boven zagen, terwijl een patient van Blundell na een jaar aan recidief van carcinoom stierf.

Op Sauter volgde Siebold in 1823; hij bracht een katheter in om blaaslaesies te voorkomen; daarna kwamen de gevallen van Hoelscher, Recamier en Wolff.

Langenbeck verrichtte de exstirpatie in 1825 per laparotomiam, volgens de methode, reeds in 1814 aangegeven, doch niet toegepast, door Gutberlet.

Recamier verrichtte in Frankrijk in 1832 de exstir-

patie naar de methode van Sauter, doch was zoo verstandig vooraf de vasa uterina te onderbinden en er op te wijzen, dat dit „conditio sine qua non" is; ééne van zijne patiënten stierf een jaar na de operatie, twee anderen stierven respective vijfentwintig en drieëndertig uren na de operatie.

In 1830 deed Delpech [1]) in de koninklijke academie eene mededeeling van eene nieuwe methode, welke hij de „hypogastrische" noemde; hij schijnt de eerste in Frankrijk te zijn geweest met deze publicatie en niet bekend te zijn geweest met het geval Langenbeck, dateerende van 1825.

Delpech beschrijft de methode als volgt: men brenge de patiente in steensneêligging; dan wordt de vagina circulair gescheiden van de cervix en de uterus manueel van de omgeving losgemaakt en het peritoneum met de nagels doorboord; hij geeft aan, dat dit alles zonder gevaar kan geschieden, mits de blaas niet worde gelaedeerd; hierop volgt incisie van de linia alba en extractie van den uterus, vooraf losgemaakt van de breede banden.

---

[1]) De totius uteri extirpatione. Dissertatio inauguralis, auctor Max Langenbeck.

„Delpech igitur pariter, vesicam maxime respiciendam hac in operatione esse, censuisse videtur," zegt Langenbeck en laat er terecht op volgen: „sed ad omnem hujus modi laesionem evitandam, catheterem inmitti, jam sufficit."

Na de publicatie van Delpech geraakte de operatie voor langen tijd in discrediet en uit een rapport door Capuron uitgebracht in de Académie de Médecine op 13 Juli 1830 blijkt, dat talrijke chirurgen heftige tegenstanders waren en onder hen vooral Boyer en Larrey; Larrey maakte ook op voldoende wijze de methode van Delpech af in een rapport van 18 November 1830.

Alvorens de historie verder te vervolgen, wensch ik nog melding te maken van een prijsvraag, reeds in het jaar 1811 uitgeschreven door de K. K. Med. Chirurg. Josephs-Akademie te Weenen, waarvoor een prijs werd uitgeloofd van tweehonderd gulden met een gouden medaille.

De zeven vragen, die ik laat volgen, pleiten wel zeer voor de wetenschappelijke opvatting, die men van de zaak had; ook blijkt een groote nauwkeurigheid bij het stellen der vragen; of er mededingers zijn geweest en hoeveel schijnt niet bekend te zijn, ook niet of de prijs is uitgereikt.

De vragen zijn de volgende:

I. Onder welke voorwaarden heeft men bij exstirpatie van eene carcinomateuze baarmoeder, in een operabel geval, kans op volkomen genezing van de patient en wanneer is dit niet het geval?

II. Mag een technisch operabel geval van Scirrhus of Carcinoma, van eenig lichaamsdeel, geopereerd worden, ook wanneer volkomen genezing is uitgesloten, zelfs dan, wanneer de ziekte-toestand, waarvan het optreden van het carcinoma slechts een symptoom is, eerder nog slechter zal worden?

III. Is de exstirpatie van den tumor mogelijk, als de uterus niet is uitgezakt, uit een oogpunt van chirurgische techniek en hoe is die mogelijkheid duidelijk te maken uit theorie en ervaring?

IV. Welke is de beste methode, zoo die mogelijkheid is toegegeven met betrekking tot de genezing, daarbij in aanmerking genomen de talrijke toevallige omstandigheden die zich tijdens en na de operatie kunnen voordoen; verder met het oog op het gevaar, dat de naastbijgelegen organen loopen, die anatomisch met den uterus samenhangen, het gevaar van verwonding van den operateur zelf bij het beperkte en voor het oog verborgen terrein van operatie?

Welke dingen kunnen zich voordoen, waarop bizonder dient te worden gelet?

Wat is daartegen te doen en hoe moet men de patient behandelen tot volkomen genezing is ingetreden?

V. Daar men in de questie of het geval al of niet operabel is hoofdzakelijk uitgaat van vorm, zitplaats en omvang van het carcinoma: welke scirrhus of carcinoma uteri is geschikt voor de operatie en welke niet? (hierbij geen rekening te houden met leeftijd, temperament, constitutie en andere individueele momenten; ook niet met den algemeenen toestand van het individu.)

VI. Is het altijd mogelijk alle omstandigheden, die noodig zijn voor eene goede diagnose in die mate tot klaarheid te brengen, dat daaruit blijkt het al of niet geoorloofd zijn van de operatie; kan men geen andere ziektetoestanden van de baarmoeder met de eigentlijke scirrhus of het carcinoma verwisselen?

VII. Is het genezingsproces afgeloopen met de genezing van de operatie-wond en als dit het geval is, zijn dan nog andere therapeutische maatregelen noodig en zoo ja, welke?

Staan we thans nog eenige oogenblikken stil bij het geval van Sauter; 28 Januari 1822, 's namiddags te 2 uur, werd de operatie begonnen; viermaal had hij reeds haar willen verrichten, nadat Osiander in

1808 zijne methode had gepubliceerd, doch telkens was hij teruggedeinsd.

In 1817 verloor hij weer een patiente aan carcinoma uteri, waarbij de sectie deed zien, dat geen van de omliggende organen of weefsels carcinomateus waren gedegenereerd; hier was het duidelijk, dat de vrouw naar alle waarschijnlijkheid door wegname van de baarmoeder te redden geweest ware.

De vrouw, die dan de operatie zou ondergaan, was Genoveva Waldraf, echtgenoote van een werkman te Constanz, 50 jaar oud, van robuste constitutie; ze had zes kinderen, het laatste in 1811, voorspoedig ter wereld gebracht, was altijd gezond geweest tot 21 October 1821, toen ze bij Sauter in behandeling kwam wegens uterus-bloeding; het climacterium was in 1817 ingetreden en tegen den zomer 1821 was de vrouw gaan vloeien, waarbij aanvallen van heftige pijn optraden.

Het lijden werd spoedig herkend en was carcinoma uteri, zooals uit de beschrijving duidelijk blijkt; de cervix en het ostium externum waren bezaaid met groote, harde, zeer pijnlijke verhevenheden, die bij aanraking licht bloedden.

Sauter nam nu eerst een proef met Sabina in substantie, dat toen ter tijd voor het beste middel werd gehouden bij alle mogelijke uterus-lijden; dit

middel schijnt het eerst te zijn aanbevolen door een zekeren von Wedekind in de Hufelandische Journal X Band A Pagina 66, in het jaar 1800. Het werd inwendig toegediend en gaf tijdelijke verbetering, doch weldra was de toestand weer in „statu quo." — Nu werden nog een aantal andere medicijnen geprobeerd, waaronder blauwzuur, Cicuta, China en deze middelen in verschillende combinatie, met geen ander gevolg dan dat de bloeding steeds heftiger werd en Mutterkrebs-Jauche de ziekenkamer verpestte. — Het was toen omstreeks December; Sauter vertelt van den toestand van de vrouw het volgende: „Jeder Besuch, den ich bei der Unglücklichen machte, ergriff, wie in allen ähnlichen früheren Fällen, mein Gemüth heftig; bei den vorgenommenen Explorationen verfolgte mich der Gedanke an die Exstirpation der Gebärmutter immer und der forschende Finger wurde unter mancherlei Ideën über dieselbe geleitet und mehrere Explorationen nur um deswillen vorgenommen, immer aber schreckte mich der Gedanke an ihre schwere Ausführung, die sich mir immer vergröszert darstellte, je mehr ich forschte, zurück.

12 Januari op het morgenbezoek, na een verschrikkelijken nacht te hebben doorstaan, vroeg de vrouw: „ist denn auf der ganzen Welt gar kein

Linderungsmittel für mich? Giebt er keines? So machet, dasz ich sterbe, o Tod komm und erlöse mich."

Sauter hield haar daarop al de gevaren voor van eene operatie, doch zij antwoordde: „O machet sie an mir, ich halte und wenn ich auch daran sterben sollte."

Daarop werd tot de operatie besloten; vooraf echter moest uitgemaakt worden de wijze, waarop men zou opereeren; het was duidelijk, dat de methode van Osiander, die alleen de cervix wegneemt, hier ontoereikend zou zijn; de geheele uterus diende verwijderd te worden, doch het ontwijfelbaar resultaat van het onderzoek was, dat de uterus vast zat; draden door de cervix te trekken, volgens Osiander, was technisch onmogelijk door de uitgroeiingen, die in de vagina uitstaken; daarbij zouden deze doorscheuren. Ook andere methoden om den uterus naar beneden te halen waren hier niet toe te passen.

Er werd dan besloten tot het volgende operatieplan: ingaan met den vinger of met eene stevige polieptang in het ostium externum, dat open stond; daarna de uterus zoo ver mogelijk naar beneden trekken, fixeeren en eenvoudig afsnijden; Sauter stelde zich voor langzamerhand den uterus te kunnen doen dalen, wanneer de breede banden langs

de zijkanten van den uterus werden afgesneden.

Veel hoop op slagen had hij niet: „Ich zweifelte allerdings an das gelingen der Operation und glaubte sie möge vollführt werden können oder nicht, dasz die Patientin entweder während oder doch bald nach der Operation ein früheres Opfer des Todes als ohne dieselbe sein wurde. Ich wurste, dasz ihr Tod mir als Mord von manchen Menschen aufgezeichnet werden wurde, etc."

22 Januari werd de operatie verricht met assistentie van slechts twee personen, Herr Oberwundarzt Distel en Sauter's zoon; een derde assistent verscheen niet. Patiente werd dwars op den rand van het bed gebracht, op den rug. Blaas en darm geledigd. Een poging om den uterus naar beneden te trekken met den haakvormigen gebogen vinger, had geen ander resultaat dan bloeding uit de uitstekende tumormassa's. Hierna werden wijs- en middelvinger ingebracht tot aan de fornix en de vaginaalwand gekliefd, met een mes, tusschen en onder geleide van de vingers ingebracht, en de portio omsneden; alles ging goed, de vrouw hield zich heldhaftig; met den linkerwijsvinger in het ostium externum werd nu getrokken aan den uterus en daarbij deels met het heft van het mes, deels met den wijsvinger van de rechterhand getracht den

uterus los te maken; de verbinding was te sterk, deze poging mislukte.

Nu werd de tang genomen, daartusschen de voorste lip van de portio gepakt en getracht den uterus van de blaas te scheiden; ook dit mislukte, de tang liet los en nam een stuk weefsel mee.

Men was nu een half uur bezig en nog niets gevorderd; het bloedverlies was gering, doch het was op deze wijze blijkbaar niet mogelijk, het beoogde doel te bereiken, ook liet de vrouw den moed zinken en zei liever zonder operatie te willen sterven; de assistenten twijfelden aan de mogelijkheid van uitvoering; hoewel reeds moe en wenschende, dat hij de zaak nooit was begonnen, was het thans voor Sauter onmogelijk het er bij te laten; dus werden alle tangen weggenomen en nauwkeurig onderzoek naar den toestand gedaan, zooals die op het oogenblik was; hierna werd besloten de uterus in situ uit te snijden.

Weer bracht hij twee vingers in de vagina en vervolgens tusschen uterus en blaas en sneed met het scalpel stuk voor stuk het weefsel door langs den uterus tot in de buikholte en maakte de uterus aan alle kanten los, behalve de bovenste laterale gedeelten, die nog niet vrij konden worden gemaakt; dit gelukte echter door de geheele linker-

hand in te brengen en zoo de baarmoeder ook daar af te snijden; hierna werd de fundus met 4 vingers haakvormig omvat; op dit moment begon de patient hevig te persen, waarschijnlijk met het doel om, als bij de baring, de uitdrijving te bevorderen, met dat gevolg, dat de darmen over de handen van den operateur in de vagina te voorschijn kwamen; dit herhaalde zich nog eens en eerst de derde maal gelukte het, nadat er ernstig op was aangedrongen niet te persen en terwijl een assistent boven de symphyse den buik naar boven drukte, den uterus te doen ombuitelen.

Nu werd verder de uterus afgesneden, zoowel van de nog overige verbindingen aan den achterwand, als beneden aan de zijkanten en ook de verbindingen met het rectum; de bloeding was niet zeer ernstig, „gegen das Ende der Operation bei Trennung der schon umgestürzten Gebärmutter aus ihren letzten Verbindungen spritzte einmal ein kleines Gefäsz." Nu volgt nog eene uitgebreide beschrijving: „Patient bekam über den ganzen [illegible] portio kalten Schweisz, der Puls war sehr klein, [illegible]ld zich mit Opiattinctur verbunden und Wein wu[illegible]stium oft in kleine Gaben gegeben," hoofdzaak is, [illegible]s en vrouw er weer boven op kwam en nog vier [illegible] den heeft geleefd.

Naast deze beschrijving van Sauter wensch ik nog met een enkel woord het bekende geval van Langenbeck te releveeren. [1])

Het betrof eene vrouw van 52 jaar, genaamd Oberschein; de vrouw was moeder van gezonde kinderen en was zelf steeds gezond geweest; ze stelde zich onder behandeling van Langenbeck wegens klachten over hevige pijnen in den buik en de streek der genitalien, welke pijnen van dag tot dag erger werden, zoodat de vrouw zelf de operatie wenschte.

Exploreerende vond Langenbeck het volgende: de uterus was uitgezakt en de sterk gezwollen en verharde portio vaginalis kwam voor een klein deel buiten de genitalia externa te voorschijn; verder was de geheele cervix ruw, ongelijk, hobbelig en bezaaid met zweeren; de exploratie was zeer pijnlijk en veroorzaakte eene sterke bloeding, waarbij zich eene hevige stank verspreidde; door één vinger in het rectum en één in de vagina te brengen kon Langenbeck constateeren, dat de uterus aanvoelde

vervolge[illegible]ste steen.

het sca[illegible] was slechts redding voor de vrouw te

den [illegible] door exstirpatie van de baarmoeder en

rus[illegible]

[1]) De totius uteris Extirpatione. Dissertatio inauguralis, auctor [illegible] Langenbeck, Gottingensis.

wel zoo, dat niets bleef zitten, „namque ex minimo quodam residuo malum denuo oriturum esse, manifestum erat."

Ook hier werd dus tot de operatie besloten en deze op de volgende wijze uitgevoerd; de ligging was, „qualis operationi fere lithotomiae respondet Sedebat transverse in lecto ita ut vagina et orificium ani in lecti margine essent posita feminibus extensis, genibus flexis, singulisque pedibus scabello sustentis," dus vrijwel die, welke tegenwoordig de gebruikelijke is.

Langenbeck geeft nu een uitvoerige beschrijving van de operatie; het begin was omsnijding van de portio, waarna de uterus werd losgemaakt tot aan den bovensten convexen uterus-rand; hierbij werd gebruik gemaakt van een scalpel, dat steeds gericht bleef naar den uterus en ne offenderetur peritonaeum, nonnunquam etiam solo scalpelli manubrio uteretur."

Zoo gelukte het beiderzijds de breede banden los te maken, de ligamenta rotunda en ook de tubae Fallopiae en kon de uterus in zijn geheel met de hand worden geextraheerd.

Hierna volgt nog een explicatie van de moeilijkheid van deze operatie; Langenbeck ziet die niet zoozeer in het verwijderen van de baarmoeder, dan wel in de bloedstelping, zeggende: quae operatio

non ad difficillimas per se ipsam tantum numeranda est sed pluribus aliis de causis, quas communicari, ad diversas de ea dubitationes expellendas, opus esse videtur."

Zonder LANGENBECK hier verder te volgen zijn nog vermeld dat de sectie werd gedaan 32 jaar na de operatie, en ongeveer 20 uur na den dood van de patient; de vrouw was 84 jaar oud en stierf aan marasmus senilis; het bleek, dat de uterus, in zijn geheel, was verwijderd, „neque in media parte peritonaei quae uteri fundo adhaeserat neque in ligamentis latis neque in recto denique atque vesica ullum ne minimae quidem laesionis vestigium existit; ex quo patet partes in abdominis cavo contentas nullo modo operatione vexatas, neque etiam sanguine inter operationem profusi nullum in hanc cavitatem aditum apertum fuisse."

Vervolgen wij thans weer de geschiedenis van de operatie; zooals we boven zagen, geraakte na 1850 de operatie geruimen tijd in discrediet, tot in 1876 de questie weer in Duitschland op het tapijt kwam; tegenover FREUND verklaarden zich toen CZERNY, BILLROTH en SCHEDE voor de vaginale methode van opereeren in vele gevallen; op het tiende congres van Duitsche chirurgen verklaarde vervolgens ook MARTIN zich voorstander van de colpo-hysterectomie

tegenover de laparo-hysterectomie van Freund. Dan volgen publicaties van Wölfler en Mikulicz, beide leerlingen van Billroth, van verschillende colpo-hysterectomiën door hen verricht, waarbij als methode wordt aangegeven voortdurende irrigatie en multiple ligaturen van den breeden band. Dan volgden publicaties in Frankrijk; zoo in 1885 van Péan een geval, betreffende eene locale aandoening van den uterus.

8 Juli 1890 legde Péan in de Académie de Médecine de volgende verklaring af: „Dans tous les cas de suppurations graves de l'utérus et de ses annexes, c'est l'hystérectomie vaginale qu'on doit employer; tous les autres moyens sont moins favorables pour enrayer le progrès du mal."

Dit was nu een stap in een geheel andere nieuwe richting; tot nu was er alleen sprake van behandeling van locaal uterus-lijden; met die indicatie opereerde Péan ook nog voor 1882; nu gaf hij een nieuw denkbeeld aan n. l. om door wegname van de baarmoeder zich toegang te verschaffen tot verspreide bekkenetteringen eventueel langs anderen weg niet te bereiken abscessen, daardoor gelegenheid te geven deze te openen en vervolgens te draineeren.

Nu volgde eene prioriteitsquestie tusschen Péan en Doyen te Reims; Doyen beweerde n. l. dat hij

vóór Péan de baarmoeder had verwijderd met bovenstaand doel, d. i. om bij bekkenabscessen een draineerkanaal te maken, waarlangs de etter kon afvloeien; Péan opereerde met deze indicatie voor het eerst op 12 December 1887; 9 dagen vroeger, dus op 3 December 1887 verrichtte Doyen ook de hystérectomie vaginale, doch niet met dezelfde indicatie. Dit blijkt ten duidelijkste uit mededeelingen van Doyen zelf in de „Société médicale de Reims"; hij nam den uterus weg bij eene patiente met een endometritis, die op andere wijze niet tot stilstand was te brengen; bij de operatie vond hij toevallig veretterde ovariën. — Dat het werkelijk zoo is gebeurd is duidelijk uit de volgende mededeeling van Secheyron omtrent dit geval: „notre excellent ami Doyen de Reims nous communique l'observation suivante: Un cas d'hysterectomie vaginale pour métrite chronique. Guérison. Les deux ovaires, gros comme une mandarine et purulents, furent enlevés au cours de l'operation."

Voor Doyen de bistouri ter hand nam, was hem van aandoening der adnexa niets bekend; Péan daarentegen had vooraf gediagnostiseerd eene dubbelzijdige, veretterde ovariaal-kyste, opereerde dus met het doel den etter te ontlasten en op ruime schaal te draineeren.

Daarbij komt nog dat uit verschillende publicaties en mededeelingen, o. a. in de Société médicale de Reims, van Doyen blijkt, dat hij wist al wat Péan op dit gebied had gepubliceerd. Met recht mag men dus de uterus-extirpatie der adnexa noemen de operatie van Péan.

Sommigen voegen nog een tweeden naam toe n.l. dien van Segond, daar deze het is, die de operatie algemeen heeft gemaakt; hij heeft 200 waarnemingen doen publiceeren door zijn leerling Baudron [1]); Péan zelf heeft er weinig toe bijgedragen de operatie ingang te doen vinden; zonder verder iets naders mee te deelen, geeft hij statistieken, waarin eenvoudig opgave van het aantal geopereerden en van het procentgehalte dat is genezen; het behoeft verder geen betoog, dat dergelijke opgaven uiterst weinig waarde hebben.

In 1890 publiceerde Péan zijne nieuwe methode op het congres te Berlijn en in de Academie de médecine; zoowel in als buiten Frankrijk werd zij slecht ontvangen, hetgeen verklaarbaar is, wanneer men rekening houdt met het feit, dat ze indruischte

---

[1]) De l'Hystérectomie vaginale, appliquée au traitement chirurgical des Lésions bilaterales des annexes de l'Utérus (Operation de Péan.)

tegen de tot nog toe geldende opvatting van de wijze, waarop zieke adnexa moesten worden behandeld.

Ook Segond ging in den beginne niet met Péan mee; hij veranderde van opinie, toen hij Péan eene vrouw zag behandelen en genezen „dans des conditions bien faites, m'a-t-il semblé, pour entrainer la conviction" [1]). Na verteld te hebben, dat de vrouw reeds gedurende eenige maanden leed aan uitgebreide ettering in het kleine bekken, terwijl de uterus zeer hoog en onbeweeglijk vast stond, van adnexa ongeveer niets meer over was en talrijke vergroeiingen bestonden tusschen de etterhaarden en omgevende intestina, zegt Segond nog het volgende: „En un mot cette malade se présentait dans des condition telles, que la laparotomie eut été chez elle trèslaborieuse et très grave. Il est même propable qu'on n'aurait pu pratiquer l'ablation des parties malades sans déchirer l'intestin et qu'on aurait dû se contenter d'une ablation incomplète avec drainage consécutif. Appelé auprès de cette malade par le docteur Chéron, avant M. Péan, j'en avais tout au moins jugé ainsi et j'avoue que

---

[1]) P. Segond. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1891. t. XVII p. 154.

l'hystérectomie vaginale, dans un cas semblable, ne me semblait guère praticable. M. Péan m'a démontré le contraire. Je lui ai vu enlever l'utérus par morcellement avec une dextérité dont je me plais à lui rendre hommage. Au cours de cette ablation toutes les collections purulentes périutérines ont été ouvertes, sans qu'il ait été fait aucune tentative pour découvrir ou enlever les annexes plongées au milieu des adhérences. Les suites de l'intervention ont été des plus simples et la malade a merveilleusement guéri."

Dat Péan tevens met de vereischte technische vaardigheid is begaafd, een zaak van groot gewicht bij deze manier van opereeren in het bizonder, blijkt hieruit duidelijk; volgens een ooggetuige schijnt hij echter tegenwoordig geëvenaard, zoo niet overtroffen, te zijn door Segond.

23 Februari 1891 publiceerde Segond 23 gevallen in de Société de chirurgie [1]); hij noemt als voordeelen van de hysterectomie:

I. de operatie is minder gevaarlijk;

II. ze geeft genezing, die meer volkomen is en langer duurt;

---

[1]) P. Segond. Bull. et Mém de la Soc. de Chir. 1891 t. XVII p. 153.

III. men vermijdt de gevaren, verbonden aan het buiklitteeken.

Van nu af aan waren Nélaton en Reclus voorstanders, doch werd een beslist tegenstander gevonden in Pozzi, die de drie genoemde voordeelen bestrijdt en ontkent en de methode slechts geïndiceerd vindt na mislukte laparotomie [1]).

Terrier betreedt den middenweg; hij durft nog geene besliste opinie uit te spreken, geeft voorloopig nog de voorkeur aan de laparotomie, meent echter bij pyosalpinx met pelveoperitonitis suppurativa dat „cette pratique me paraît pas plus grave que celle de la laparotomie, peut-être même donne-t-elle de meilleurs résultats."

28 October 1891 stelt Terrier de indicatie voor de vaginale hystérectomie nauwkeuriger in de Société de chirurgie; thans meent hij, dat de operatie slechts zelden geindiceerd is en wel in die gevallen, waarbij de uterus gefixeerd is door neomembranen en fibreus weefsel, waarin zich de adnexa bevinden nevens multiple abscessen, een toestand door de Franschen met den eigenaardigen naam „éponge purulente" betiteld.

---

[1]) S. Pozzi. Bull. et Mém de la Soc. de Chir. 1891. t. XVII p. 203.

Behalve door Pozzi, die voorloopig nog absolute tegenstander bleef van de nieuwe methode, werd zij van toen af aan toch door alle leden van de Société de chirurgie geaccepteerd, zij het dan ook, dat over het stellen van de indicatie de meeningen uiteenliepen; Reclus en Nélaton gaan geheel met Segond mee, d. i. zij zeggen, het is de geschikte operatie voor alle ontstekingsachtige dubbelzijdige aandoeningen der adnexa.

Bouilly, Lucas-Championnière, Richelot, Terrillon, Routier, Bazy en Reynier zijn voorstanders in de gevallen van uitgebreide bekkenetteringen gekarakteriseerd door het als vastgemetseld zijn van den uterus te midden van multiple etterhaarden.

Bouilly stelt zijne indicaties nog nauwkeuriger en opereert:

I. Oude salpingo-ovaritides met recidiveerende pelveo-peritonitische haarden, waarbij talrijke vaste vergroeiingen tusschen de organen onderling en met de omgeving, een toestand, waarbij bij palpatie niets te herkennen valt als harde infiltraten en vaste strengen, waarvan geen behoorlijke diagnose te maken is.

II. Acute of chronische etterhaarden, onverschillig of ze uitgaan van de adnexa of niet.

Richelot gaat vrij wel met Bouilly mee; hij vindt

zijne indicatie voor de operatie als beste manier van draineeren van multiple etterhaarden met harde infiltraten en vergroeing met de intestina; bij pyosalpinx met talrijke adhaesies stelt Richelot de laparotomie boven de hystérectomie vaginale, waarbij gewoonlijk stukken van de zieke adnexa moeten worden achtergelaten.

Terrillon vindt hysterectomie per vaginam de rationeele behandelingswijze van tuba of ovarium, als de etterzak gelegen is diep in het bekken, vergroeid met net en darmlissen en proemineert naar den kant van vagina en rectum.

Dus kreeg Péan meer en meer aanhangers, zijne methode meer en meer burgerrecht en werd zij, dank zij vooral den steun van Segond, zooals we zagen, in vele gevallen toegepast.

Doléris was nog verklaard tegenstander; hij voorspelde Péan's methode hetzelfde discrediet, waarin de hysterectomie voor carcinoma uteri inoperabile was vervallen en sprak het volgend onheilspellend oordeel uit: „Reservée alors pour ces malades désespérées, qui malgré la temporisation, les palliatifs, malgré la laparotomie et le reste n'ont d'autre ressource que les procédés d'exception et par cela même excessifs, elle figurera pour trois ou quatre cas par an dans la statistique de chaque gynécologue" Bij

een andere gelegenheid tegen de operatie te velde trekkende, [1]) haalt hij het feit aan, een collega overkomen „qui, seulement, quand il a dans la main un utérus et des annexes complètement sains, 's aperçoit qu'il s'est trompé de malade."

Dat iets dergelijks voorkomt is zeer zeker schandelijk, doch pleit natuurlijk allerminst tegen de operatie noch rechtvaardigt uitdrukkingen van Doléris' leerlingen Pichevin en Cochez, die respective gingen beweren, Pichevin, dat het was „le produit plus ou moins inavoué d'erreurs de diagnostic parfois grossières" en Cochez, dat „les arguments des hysterectomistes ne méritent même plus qu'on s'y attarde."

De strijd werd intusschen voortgezet; Pozzi [2]) en Le Dentu [3]) voor de laparotomie; Segond [4]), Péan [5]) en Reclus [6]) voor de vaginale methode.

---

[1]) Doléris Trop de mutilations inutiles etc. Nouv Arch. d'Obst. et de Gyn. 1891 N°. 7 p. 378.

[2]) Pozzi. Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale. Gaz. Hebd de Med et de Chir. 1891. N°. 16 p. 186.

[3]) Le Dentu. Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. Gaz. des hôp. 1892. N°. 25 p. 325.

[4]) P. Segond. Gaz. Hebd de Méd. et de Chir. 1891. N°. 19 p. 222.

[5]) Péan. Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale Gaz. des hôp 1891. p. 639.

[6]) Reclus. Traitement des suppurations pelviennes par l'hysté-

Bonnet [1]) stelde als indicatie de gecompliceerde gevallen van pyosalpinx met pelveo-peritonitis en ettering van het celweefsel in het ligamentum latum met of zonder fistelvorming.

28 October 1891 in de Société de Chirurgie deelt Quenu [2]) elf gevallen mee, waarin hij uitstekend resultaat zag van de vaginale methode; op elf slechts één sterfgeval; hij stelt de vraag, welke methode de voorkeur verdient, afhankelijk daarvan, of het mogelijk is den tumor uit te pellen in zijn geheel of niet; hij verkiest de vaginale methode boven de laparatomie bij:

I. Salpingitis, met doorbraak in eene holte in de nabijheid.

II. Pyosalpinx, met gefixeerden uterus.

III. Salpingitis zonder etter, met diffuse pelveoperitonitis.

Op de vergaderingen van de Société de Chirurgie in het laatst van 1891 en begin '92 kwam de questie weer enkele malen ter sprake, doch de discussie

---

rectomie vaginale préliminaire. Gaz. Hebd. de méd. et de Med. et de Chir. 1891 N°. 17. p. 193.

[1]) S. Bonnet. Traitement chirurgical des suppurations pelviennes. Gaz. des hôp. 1892. p. 57.

[2]) Quénu. Bull et Mém. de la Soc. de Chir. 1891. t. XVII. p. 614.

beperkte zich tot speciale punten o. a. de techniek betreffende; Quenu [1]) verkoos de methode van Müller, waarbij, zooals we nader zullen zien, de baarmoeder wordt middendoor gesneden, boven het morcellement.

Een andermaal wees Segond op de waarde van insnijding van de vagina, als methode van onderzoek, waarbij soms de diagnose gewijzigd moest worden en enkele elytrotomie voldoende bleek; op het congrès te Lyon, gehouden van 9—13 October 1894, besprak hij „l'Hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes" en gaf hier een geval van Jacobs, die een ovariaal-kyste wegnam door „ovariotomie vaginale," waarna de vrouw weer zwanger werd.

Routier [2]) verklaart zich voorstander, mits de bovengenoemde methode Müller—Quenu gevolgd worde.

Ook in Duitschland waren de opinies verdeeld; Landau [3]) wil de uterus slechts gedeeltelijk wegnemen en wel zooveel als voldoende is voor afloopen van het vocht en opvolgende drainage; niet onaardig vergelijkt hij zijne operatie met de ribresectie bij etterige pleuritis. — Landau onderscheidt verder,

---

[1]) Bull. et Mém de la Soc. de Chir. 1891. t. XVII. p. 658.

[2]) Routier. Congrés Français de Chirurgie, 6e Session, 1892. p. 226.

[3]) Landau. Centr. für. Gyn. September '92.

of men te doen heeft met een geïsoleerden circumscripten tumor, duidelijk afgescheiden van de omgeving, beweeglijk, dan wel met den meest voorkomenden toestand bij bekkenetteringen, dien we reeds meermalen noemden, waarbij diffuse geïnfiltreerde tumoren zich hebben ontwikkeld in nieuw gevormde ruimten, niet in gepraeformeerde als b. v. in eene tuba, en daarbij vergroeid zijn met meerdere organen. — In het eerste geval vindt hij laparotomie de aangewezen weg, de laatste groep behandelt hij òf met resectie van de baarmoeder òf met laparotomie afhankelijk van de topografische ligging van het pathologisch proces of n.l. de tumoren liggen dicht bij den buikwand of bij de vagina.

Ten derde onderscheidt hij een rubriek, n. l. die gevallen, die in het midden liggen, noch direct den buikwand noch de vagina raken, gewoonlijk gelegen zijn lateraal aan de bekkenwanden en begrensd door een dak van adhaerente darmlissen, van de vagina gescheiden door dikke, breede, litteekenachtige bindweefselplaten, waarin dikwijls de uterus is opgenomen, plat gedrukt te midden van deze bindweefselmassa's.

Hier wordt naar gelang van de omstandigheden gehandeld; naarmate het proces éénzijdig of dubbelzijdig is ontwikkeld wordt ook het collum uteri

één- of dubbelzijdig verwijderd, zoover tot de palpatorisch indringende vinger, schaar of koorntang den etterzak ruim kan openen, waarbij niet alleen de moeilijkheid is gelegen in het vastzitten van den uterus, maar ook daarin, dat men dikwijls door vingerdikke bindweefselplaten moet heenwerken, voor de etter te voorschijn komt.

In de theorie van de methode van Péan kan men de baarmoeder hier beschouwen als een spon van een vat; wilde men beproeven, voorzichtig praepareerende, in het retro-uterine bindweefsel stomp tot in de ettermassa's te dringen, dan zou men de baarmoeder voortdurend opgelicht moeten houden, daar zij anders door hare zwaarte de opening zou sluiten, waardoor onmogelijk de verderfelijke inhoud naar buiten zou kunnen komen. Landau wil dus den uterus slechts zoover wegnemen, dat er breede communicatie is tusschen etterzak en vagina, waarbij door wijde opening, evenals, gelijk we boven zagen, bij de empyeem-operatie de mogelijkheid wordt geboren, dat de absces-wanden samenvallen.

Twee gevallen behandelde hij op deze wijze met succès; bloedstelping geschiedde uitsluitend met forcipressure à demeure, geen ligaturen.

Dat Landau vertrouwen stelt in zijne methode, blijkt, als hij zegt: „Wir sind sicher, wir hätten

keine Recidive nach Scheidenincision bei Beckenabscessen erlebt, wenn wir in geeigneten Fällen dieses Verfahren methodisch geübt hätten."

Sonnenburg te Berlijn, Sänger te Leipzig, Czerny en Martin verrichten alleen de laparotomie; Sänger bespreekt de Péan'sche operatie in eene belangrijke publicatie over „Coeliotomie"; hij vindt indicatie slechts dan, wanneer de laparotomie onmogelijk wordt door ondoordringbare fibreuze massa's of wanneer hij niet in staat is alle etterhaarden bloot te leggen, zooals in zeldzame gevallen van oude abscessen met fistelvorming, hetzij vaginale, hetzij intestinale.

Langzamerhand had de operatie van Péan ook in den vreemde burgerrecht verkregen, hetgeen moge blijken uit de volgende opsomming van autoren, die allen gevallen publiceerden, waarin met meer of minder succes was geopereerd.

In Freiburg verscheen in 1892 eene dissertatie van Dr. H. Hartmann „Ueber die Operation von Péan" naar aanleiding van twee gevallen in de Leidsche Kliniek door Professor Treub met succes geopereerd; de auteur bespreekt hierin met korte woorden de techniek van de operatie, om dan na te gaan onder welke omstandigheden Péan ze toepast; hierna wordt de vraag besproken in welke gevallen de hysterectomie verkieslijk is boven de laparotomie en wan-

neer niet, om ten slotte tot de volgende conclusie te komen: Men opereere volgens Péan hoofdzakelijk bij parametritische abscessen, wanneer eenvoudige incisie met opvolgende jodoformgaas-tamponnade niet kan worden aangewend; als zeldzaam voorkomende indicaties noemt hij dan: perimetritis, gecombineerd met parametritische abscessen, pyosalpinx met overgang in fistelvorming en eindelijk pyosalpinx, welke onmogelijk door laparotomie kan worden geenucleeerd, wegens vergroeiing met omgevende darmlissen.

Volgens Hartmann is Péan's groote fout, dat hij zijne methode ook is gaan toepassen in gevallen, waarin laparotomie bijna zeker genezing kan brengen en dat hij dus zijne methode naast en nevens de laparotomie is gaan stellen; deze poging is hem geheel mislukt en wel, omdat het eenige te verwachten gevolg van de operatie is, het draineeren op groote schaal op de laagste plaats van het absces; dit is het groote principe, waarop de methode berust en overal en altijd het middel om een absces tot genezing te brengen.

In de voordracht gehouden in de 3de sectie van het 5de Natuur- en Geneeskundig congres op Zaterdag 20 April 1895 door Professor van der Mey over „De clinische beteekenis en de waarde der opera-

tieve therapie bij ontstekingsprocessen van de uterusadnexa" verklaarde deze zich voorstander van de vaginale methode, zoo beide tubae in duidelijke tumoren zijn veranderd, dus dubbelzijdige pyosalpinx aanwezig is, in het kleine bekken met de omgeving sterk vergroeid. — Hier, zegt spreker, kan de innige vergroeiing van den uterus met de etterzakken meestal niet, dan met belangrijke beleediging van den uterus, worden losgemaakt, zoodat, den ventralen weg volgende, tijdens de operatie de noodzakelijkheid zou kunnen blijken ook den uterus te verwijderen. De kans voor een gunstigen afloop is dan echter gering, daar het isoleeren van tubairtumoren dikwijls niet zonder bersting van den wand kan geschieden. Bovendien zijn verschillende gevallen bekend, waarin de toestand der patiente na de bilaterale verwijdering der adnexen door de laparatomie niet was verbeterd en eerst het extirpeeren van de baarmoeder per vaginam volkomen en blijvende genezing aanbracht.

In België verschenen publicaties van de hand van Jacobs, [1]) Rochet, [2]) Debaisieux [3]) en Rouffart. [4])

---

[1]) Jacobs. Bull de la Soc. Belge de Gyn. 1891. t. II N°. 4. p. 124.
[2]) Rochet. Bull de la Soc. Belge de Gyn. 1891. t. II. p. 161.
[3]) Debaisieux. Presse med. Belge 1891. p. 766.
[4]) Bull. de la Soc. Belge de Gyn. 1891. t. II. p. 157.

In Denemarken van Iversen [1]) te Koppenhagen.

In Italië van Inverardi, Bastianelli, Acconci en Ruggi. [2])

In den beginne met wantrouwen ontvangen, is de operatie van Péan met ijver bestudeerd geworden, ook door de meest overtuigde voorstanders van de laparotomie; dat er onder dezen waren, die zich er goed bij mochten bevinden, blijkt uit een schrijven van Bouilly aan Segond: „Je crois que l'hystérectomie vaginale a de grandes chances pour devénir l'unique méthode des ablations annexielles bilatérales, quand celles-ci sont nettement indiquées. Dans les cas difficiles le choix s'impose dès maintenant; dans les cas simples, l'opération ne me paraît ni plus grave ni plus difficile que la laparotomie et l'ablation de l'utérus me paraît plus utile que sa conservation."

Ook de dissertatie van Lafourcade doet zien, dat sedert Segond zich opwierp als overtuigd voorstander van de operatie van Péan, hij van dag tot dag nieuwe volgelingen vond; Lafourcade geeft 138 ge-

---

[1]) Deut. Med. Woch. 1892. N°. 40, 46, 48.

[2]) Verschillende publicaties in Lo Sperimentale 1892. N° 6. La Rif. Med. 1892. N°. 208 p, 691.
Bull. della Scienz Med. di. Bologne 1893. t. IV. Serie VII.

vallen van Michaux, Routier, Richelot, Reclus, Peyrot, Bazy, Nélaton, Le Dentu, Terrillon, Chaput en Quenu, waaruit het kapitale feit aan den dag komt, dat de methode zijn intrede heeft gedaan in de chirurgische praktijk, al is men het hier en daar, op punten van ondergeschikt belang, niet eens.

De grootste ovatie is haar wel gebracht door de houding van Pozzi; hoewel niet geheel van tegenstander voorstander geworden, zooals Richelot en Bouilly, publiceerde Pozzi op het congrès de Chirurgie [1]) naast de resultaten van zijne laparotomie gedurende 1892 en '93, eene zeldzaam welsprekende rij van 14 gevallen, waarin hij de hystérectomie verrichtte, met evenveel goede resultaten; hij stelt bij deze gelegenheid tevens nader zijne indicatie en vindt de hysterectomie „précieuse":

I. In gevallen, waarin al het weefsel rondom de adnexa in verettering is overgegaan, zoodat de wegname van een afzonderlijken etterzak, geheel onwaarschijnlijk, zoo niet onmogelijk zal blijken te zijn.

II. Bij aandoeningen, zonder verettering, met vaste, oude adhaesies, waarbij uterus en adnexa eene massa vormen.

---

[1]) Pozzi. Sur le traitement des suppurations pelviennes Congrès Français de Chir. 7e session. Paris 1893. p. 622.

III. In gevallen van fistelvorming, naar den kant van vagina of abdomen.

IV. Wanneer, nadat laparotomie geen succes heeft gehad, pijnlijke zwelling blijft bestaan.

Tegenover Pozzi keert Reclus, in den beginne enthousiastisch voorstander, zoo zelfs, dat hij beweerde, dat wegname van tumoren der adnexa door de vagina even gemakkelijk was als per laparotomiam, zich thans meer naar de rij der laparotomisten; mogelijk komt hij nog weer terug van zijne tegenwoordige opvatting, want, zooals hij zelf zegt, „Chaque jour un fait nouveau surgit, qui infirme, confirme ou atténue notre conception première des choses." [1])

Alvorens over te gaan tot de ons interesseerende technische questies bij de operatie van Péan, nog een kort overzicht van de parametritis-therapie in het algemeen.

In de eerste plaats: Wat dient op het tegenwoordige standpunt van de wetenschap gedaan te worden in gevallen, waar zich een parametritis bezig is te ontwikkelen?

---

[1]) P. Reclus. Cliniques chirurgicales de la Pitié. Paris. 1894. p. XII. (De la préface).

In dit stadium vindt men naast de baarmoeder eene harde zwelling, gevolg van oedemateuze infiltratie in het parametrane weefsel; dat zij hard aanvoelt, vindt zijn oorzaak in de groote spanning, waaronder de ligamenta lata zijn gebracht. Vindt men dezen toestand, dan kan alles nog terecht komen, is restituo ad integrum mogelijk; dikwijls echter voert ook het inflammatoir oedeem na langeren tijd te hebben bestaan tot vast, onder het mes knarsend litteekenweefsel, een toestand door Freund beschreven als parametritis atrophicans, volgens dezen auteur eene idiopathische aandoening.

Hier ligt de therapie voor de hand, n.l. antiphlogose, dus: applicatie van een ijszak op de zieke buitenzijde en daarnevens algemeene medicatie, waarbij rust wel de hoofdrol moge spelen; door velen wordt in deze gevallen hoog geroemd de toediening van alcohol in allerlei vorm, als champagne, bordeaux- en bourgogne-wijnen, cognac, etc.; mijns inziens zal eene gunstige invloed van deze medicatie hoogstens eene tijdelijke kunnen zijn; veel meer zal het proces van den toestand van verslapping, die na elk gebruik van alcohol volgt, in vele gevallen allicht gebruik maken en progressief worden, waardoor het eindresultaat niet aan de verwachting beantwoordt.

Applicatie van bloedzuigers boven het ligament van Poupart geeft soms goede resultaten.

Is het gelukt het ontstekingsproces tot staan te brengen, dan volgt de opgaaf te velde te trekken tegen het exsudaat en zijn dus resorbeerende middelen geindiceerd. Hiervoor kan men nemen glycerine-tamponnade, warme vaginaal-irrigaties, eene temperatuur van 45° C. is hiervoor zeer geschikt, Priesznitz'sche inwikkelingen om den onderbuik en deze methoden in verschillende combinatie.

Verdwijnt het exsudaat onder deze behandeling niet, zoo neme men nog eene proef met massage, die dan best wordt uitgevoerd, aldus: twee vingers worden in de vagina gebracht met het doel het exsudaat te steunen en daarbij tevens tegen de uitwendige hand te drukken; deze hand wrijft dan den buikwand in kleine cirkels over de zwelling.

In den beginne worde slechts korten tijd gemasseerd, de manipulatie is gewoonlijk weinig pijnlijk; langzamerhand kan men, onder nauwkeurige controle van de temperatuur, de dagelijksche séances tot tien minuten doen duren.

Dan kunnen dergelijke hardnekkige exsudaten nog behandeld worden met permanente en wijde dilatatie van de baarmoederholte, waardoor men hetzelfde effect meent te bereiken als door massage n. l. be-

vordering van den lymphstroom in den breeden band.

Eindelijk rest nog badkuren, modderbaden in Dax Franzensbad, Mariënbad, Pyrmont, Spa, Teplitz, Carlsbad, Kissingen; soolbaden in Salies de Béarn, Salins, Münster am Stein, Oeynhausen, Kreuznach; zwavelbaden in St. Sauveur in de Pyreneën, Aix-les-bains, Baden (bij Weenen), Bentheim, Aken, Baden (in Zwitserland).

Nu komt de vraag, hoe zich te verhouden tegenover parametritis purulenta?

Waar in het lichaam met zekerheid aanwezigheid van etter is geconstateerd, daar dient in de allereerste plaats. waar ook en onder welke omstandigheden, deze ontlast te worden; daarna komt dan de vraag in aanmerking over het ontstaan en in verband daarmee of het al of niet mogelijk is de oorzaak weg te nemen. We kunnen op deze wijze onderscheiden:

I. Een groep, waarbij de oorzaak van het ontstaan van den etter heeft opgehouden te bestaan; waar dus definitieve genezing zal optreden na ontlasting van den etter.

II. De gevallen, waarin het primu mmovens niet is verdwenen, waar men er dus op moet bedacht zijn, dat eerst: „cessante causa, cessat effectus".

Zoo zal verwijdering van den etter genezing bren-

gen in gevallen, waar infectie plaats vond tijdens de baring; dikwijls is b.v. een ruptura cervicis infectiepoort, waardoor infectie-kiemen in het organisme dringen, aangebracht door den exploreerenden vinger; nu kan de ruptuur genezen, doch intusschen heeft zich een parametritis ontwikkeld.

Zoo kan een absces ontstaan van uit een typhlitis, peri- of paratyphlitis door een macroscopische of microscopische scheur in den darmwand en eindelijk behooren tot deze groep de gevallen van infectie van de tuba volgende op een endometritis gonorrhoica; de tuba weet het dan dikwijls nog klaar te spelen, evenals het gemakkelijk te behandelen endometrium, waardoor deze organen slechts tijdelijk lijden, doch van uit de tuba treedt de etter in de buikholte, infecteert hier het ovarium en het eindresultaat van het geheele systematische ziekteverloop kan zijn een blijvend ovariaalabsces.

In deze gevallen dus is genezing te verkrijgen, eenvoudig door opening van het absces, in geval men zorg draagt de incisie groot genoeg te maken en de gemaakte wond open te houden, opdat de spanning in den absces-wand gering zij en zich granulaties daarop kunnen ontwikkelen, die ten slotte tot litteekenvorming voeren. Een litteeken is zeker geen „restitutio ad integrum," in geen geval

„quoad functionem," echter brengt het voor de gezondheid van het individu geen gevaar met zich en mag dus als overblijfsel van een absces beschouwd worden als een toestand, waarin genezing is opgetreden.

Uit bovenstaande voorbeelden is zonder verder betoog duidelijk, dat, zoo ooit, wel hier geldt „prevent is better than cure"; eene goed gewasschen en gedesinfecteerde hand kan hier voorkomen, wat door geen linimentum of inwendige medicatie weer is goed te maken. Mocht men het daarbij eens zoover brengen overwinnaar te worden in den strijd tegen de gonococcen, doordat men er in slaagde ze totaal uit te roeien of waar reeds infectie heeft plaats gehad, de gevolgen daarvan geheel te kunnen wegnemen, zeker zouden een aantal aandoeningen van het vrouwelijk geslachtsapparaat worden voorkomen.

Ook zij men bij abortus, tijdens en na de baring uiterst minutieus met zijne desinfectie-maatregelen; zeker wordt dan veel onheil voorkomen.

Van deze eerste groep valt verder nog op te merken, dat ze bevat de minder frequent voorkomende toestanden; het is n. l. een eigenschap van ontstekingachtige tumoren, dat ze in de omgeving overal ontsteking veroorzaken; op de eene plek smelt het weefsel, daaromheen komt het tot ontstekingsnieuw-

vorming, waarbij alle trappen worden doorloopen van af eenvoudige proliferatie van cellen en uittreden van leucocyten tot bindweefsel- en litteekenvorming. Van regelmaat is geen sprake in den vorm en de uitbreiding van het absces, doch de ontsteking plant zich voort, dan hier- dan daarheen, langs vaten en lymphspleten; overal ziet men afwisselend weefselvernietiging en weefselnieuwvorming.

Van de in het kleine bekken gelegen organen wordt nu eens dit, dan weer dat aangetast en in het ontstekingsproces betrokken en het is een feit, dat door ervaring vaststaat, dat bij bekkenabscessen hoogst zelden bepaalde organen uitsluitend zijn aangedaan.

Heeft men met zekerheid kunnen uitmaken, dat slechts een orgaan ziek is en is dit orgaan van geen of geringe waarde voor het leven van het individu, heeft men b. v. te doen met een ovariaalabsces, eene ongecompliceerde salpingitis purulenta, dan komt het radicaalste ingrijpen tot zijn recht. Men constateert dan door bimanueele palpatie eenvoudig een tumor, geringe beweeglijkheid is in die gevallen altijd aanwezig, en nu geldt in het algemeen de volgende regel: bij zuiver ontstekingachtige tumoren in het bekken, welke den vorm en sommige eigenschappen van neoplasmata hebben,

komt principieel de laparotomie tot haar recht.

Wie ooit een niet gecompliceerde pyosalpinx, zeker de eenvoudigste vorm van bekkenabsces, door laparotomie heeft zien verwijderen, weet, welke bezwaren het meermalen heeft alle adhaesies los te maken. Bij de vaginale methode moet men om dezen etterzak uit het lichaam te verwijderen direct daaraan gaan trekken, terwijl hij, van boven uit behandeld, voorzichtig kan worden los geprepareerd; het gevolg van dat trekken zal dikwijls zijn, dat de darmwand verscheurd wordt; daarbij is men in vele gevallen niet in staat de bloeding uit de verscheurde adhaesies te beheerschen.

Deze zijn ook de redenen, waarom het onmogelijk is in de gevallen van diffuse etteringen, door ons sub II genoemd, de salpingectomie of oophorectomie met de hysterectomie te verbinden.

We zien dus, dat in de gevallen sub I genoemd, de indicatie duidelijk is; veel meer strijdvraag is het, wat te doen bij de aanwezigheid van tumoren of andere ziektetoestanden, die oorzaak zijn van etterproductie in de omgeving, in het algemeen kan men zeggen: men moet met radicale middelen te velde trekken tegen een tumor, die het absces niet bevat, doch oorzaak van zijn ontstaan is.

Techniek van de operatie.

Volgens Péan en Segond is de definitie van de operatie-methode de volgende; het is „le traitement des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale, suivie ou non de l'ablation des annexes; c'est toujours une castration utérine, très souvent une castration totale ou utéro-annexielle."

De oorspronkelijke benaming van Péan is die van „castration utérine"; hij beweert, zonder, naar het schijnt, zijne opinie verder te motiveeren of te hebben getracht haar experimenteel te bevestigen, dat, na wegname van den uterus, in korten tijd totale atrophie van de adnexa intreedt; omgekeerd zou de uterus niet atrophieeren na wegname van de ovarien. In ieder geval is wegname van den uterus hoofdzaak, doel is het maken van een wijde opening en drainage van alle etterhaarden, zooals Pozzi het uitdrukt is het eene „hystérectomie évacuatrice." Of men de adnexa mee zal wegnemen of niet, is eene questie van ondergeschikt belang, en meestal

afhankelijk van de uitgebreidheid van het proces; heeft men te doen met ontstoken tubae of ovariën, die zich gemakkelijk laten enucléeeren, zonder gevaar voor laesie der intestina, dan zal men deze wegnemen; is dit niet het geval, dan stelle men zich tevreden met een eenigszins onvolledig ingrijpen, en opene alleen de toegankelijke haarden.

Tegen deze principes komt Doyen op met de bewering, dat het altijd mogelijk is de adnexa weg te nemen; hij geeft eene statistiek van 57 hysterectomien, gedaan sedert 1891, in welke gevallen hij steeds de adnexa heeft verwijderd; zijne mededeelingen hieromtrent zijn echter zeer onvolledig, misschien waren het alle weinig of niet adhaerente adnexa. — Doyen heeft geen recht te beweren, dat men altijd „castration totale" kan verrichten, ten minste is hij zoo nu en dan met zichzelf in tegenspraak: „Pourquoi cet abandon dans le bassin des annexes enflammées? N'y faut-il pas voir une conséquence presque forcée, d'un manuel opératoire défectueux?" zegt hij eerst, en later: „Les ovaires laissés en place semblent s'atrophier sans symptômes appréciables," na eene publicatie, op het 5de congrès français de chirurgie, van 20 gevallen, die slechts gedeeltelijk de „castration totale" ondergingen, daar hierbij de adhaesies van de adnexa, die zeer hoog

waren gelegen, soms zoo sterk waren, „que leur extirpation n'eut pas été possible sans aggravation notable du pronostic."

Alvorens over te gaan tot een gedetailleerde beschrijving van de wijze, waarop geopereerd wordt, nog enkele woorden over de bij onze methode zoo belangrijke questie, hoe men het veiligst en zekerst de bloeding kan beheerschen, eene questie waarmee de operatie van Péan staat of valt.

De groote moeilijkheid is gelegen in het feit, dat de arteries, aan de benedenzijde de bovenste A. vaginales, de hoogst gelegen A. ovarica of A. spermatica interna en daartusschen de belangrijke A. uterina, moeilijk te grijpen, maar vooral vast te houden zijn, dit te meer in geval men te doen heeft met chronisch ontstoken, weeke weefselmassa's, welke men in de meerderheid der gevallen, waarin onze operatie is geindiceerd, zal aantreffen; ook zij men er op verdacht, dat de operatie wordt begonnen met den uterus naar beneden te halen, waarbij dus de breede banden worden gerekt, zoodat deze zich, zoodra hunne insertie-plaatsen aan de zijkanten van den uterus worden afgesneden, tengevolge hunner elastische eigenschappen terstond terugtrekken naar de laterale bekkenwanden; vóór de operateur er toe overgaat de breede banden van den uterus te

scheiden, zij hij zeker, dat de arteries goed en solide zijn gevat; wie eens eene bloeding uit de A. uterina heeft bijgewoond, weet welke groote beteekenis dit heeft.

De onderbinding kan bij uterus-exstirpatie in het algemeen op tweeërlei wijze geschieden, òf met forcipressuur òf met zijden-, catgut- of metalen draden. — De methode van onderbinding met ligaturen is de oudste, in Frankrijk vormen de aanhangers van de forcipressuur op dit oogenblik verre de meerderheid; o. a. zegt Dr. Jules Lafourcade in zijne „thèse": „Je décrirai seulement l'opération faite avec forcipressure, les pinces étant laissées 48 heures en place. Le temps a fait justice de toutes les objections que l'on adressait aux pinces à demeure dans l'H. V. et bien peu nombreux sont aujourd'hui les chirurgiens, qui se servent encore de ligatures."

In 1882 werd door Spencer Wells voor 't eerst voorgesteld lange pincetten te gebruiken en deze 2 à 3 dagen te laten liggen; door hem zijn ze echter nooit gebruikt; zijn leerling, E. Jennings, was de eerste.

Richelot komt de eer toe, de forcipressuur in alle gevallen en systematisch te hebben toegepast; nadat Terrier eene patiente had verloren tengevolge van het loslaten van ligaturen, overkwam Richelot hetzelfde; van de eerste patient vertelt Terrier, dat

hij beide breede banden met twee ligaturen had afgebonden, waarna de bloeding geheel scheen stil te staan, ook na herhaald en nauwkeurig onderzoek; gedurende drie dagen ging alles goed, toen plotseling een intensief bleeke gelaatskleur zich vertoonde, wat een inwendige bloeding deed vreezen en patient stierf op den zevenden dag aan peritonitis subacuta; bij de autopsie vond men een liter bloed in de peritoneaal-holte; de bloeding was gekomen uit het bovenste deel van den linker breeden band, waarvan de ligatuur had losgelaten.

11 October 1885 stelde Richelot voor in de Société de Chirurgie de ligaturen te vervangen door forcipressuur; hij prefereerde de nieuwe methode, omdat daarbij in de eerste plaats het gevaar vermeden wordt, gelegen in verbloeding door het loslaten van eene ligatuur; als verdere voordeelen noemde hij verkorting van den duur der operatie, in plaats van 1½ uur zou de operatie slechts ½ uur duren; verder het vermijden van laesies van het bekkenperitoneum, als gevolg van het herhaald en met moeite invoeren van naalden en vingers en eindelijk schrijft hij eene draineerende werking toe aan de tusschen de pincetten gecomprimeerde weefselmassa's, welke gunstig op het genezingsproces zoude influenceeren.

Op het Congrès de Chirurgie kwam de questie

weer ter sprake; vele chirurgen gingen met Richelot mee, door anderen werd hij bestreden; onder hen voerden Demons en Pozzi de volgende argumenten aan tegen de forcipressuur:

I. De pincetten zijn niet altijd gemakkelijk te plaatsen, vooral niet precies daar, waar men het wenscht en men is niet zeker de bloeding te beheerschen.

II. Men grijpt dikwijls meer en laedeert daardoor naburige organen; zoo is het o. a. Richelot zelf, Boeckel, Lannelongue en Demons overkomen, dat de ureter mee ingeklemd werd; een chirurg van Rochefort laedeerde den voorsten rectaalwand.

III. Meermalen zijn 2 of 3 pincetten niet voldoende om de bloeding te stelpen; men is dan gedwongen meerdere aan te leggen, wat voor de patient dikwijls zeer lastig en bezwaarlijk is.

IV. Het weefsel, gedrukt door de pincetten, sterft af en geeft aanleiding tot febriciteeren, waardoor dan de genezing wordt vertraagd.

Naar aanleiding van het sub 3 aangehaalde bezwaar heeft Doyen kans gezien, Péan belachelijk te maken; hij ging na, hoeveel pincetten Péan voor zijne hystérectomies vaginales had gebruikt gedurende de jaren 1888 en 1889; zelfs liet hij eene photographie maken van een vulva, waaraan vijfen-

twintig pincetten [1]) bengelen. Doyen gaat echter te ver, als hij beweert: „La crainte illusoire de l'hémorrhagie qui paraît être la préoccupation constante de Péan ne peut que compliquer les opérations, les plus simples et en prolonger inutilement la durée." [2])

Hoezeer de questie van bloedstelping in een gegeven geval dikwijls eene van handigheid is en hier ook weer geldt „variis modis bene fit," blijkt uit het geval, beschreven in de dissertatie bovengenoemd van Langenbeck: „De totius uteri extirpatione," verschenen in 1842 te Göttingen; hier was door bizondere omstandigheden de operateur genoodzaakt geheel alleen een heftige bloeding te stillen zonder eenige assistentie; hij deed dit op de volgende eigenaardige wijze en volgens de beschrijving met succès: het weefsel, waaruit het bloed te voorschijn kwam, werd met de linkerhand gegrepen, daarna met de rechter een naald van een draad voorzien gebracht om de weefselmassa, die door de linkerhand vastgehouden werd; nu kwam echter de groote moeilijkheid n.l. de ligatuur te knoopen en stevig dicht te halen, terwijl de linkerhand, steeds door, de te onderbinden vaten moest blijven drukken; dit ge-

[1]) E. Doyen. Traitement chirurgical des inflammations et néoplasiques de l'utérus et de ses annexes. 2e edit. Paris. 1893. p. 14.
[2]) Ibid. p. 122.

lukte niet dan met hulp van de tanden; het eene eind van den draad werd tusschen de tanden genomen, het andere met de rechterhand gevat en zoo de ligatuur stevig toegehaald. Vervolgens werd de vrouw, „quae nondum animum receperat," koud water over hoofd en lichaam gegoten, „quo statim in vitam reducta est."

De reden, waarom Langenbeck alleen moest opereeren was de volgende: de vrouw was noch door haren huismedicus Kirchmeyer, noch door haren vader er toe te brengen eenige assistentie toe te laten bij de operatie en alleen Kirchmeyer en twee vrouwen, die niet in staat waren iets te doen, mochten aanwezig zijn. Nu trof het, dat Kirchmeyer zelf den vorigen dag een heftigen aanval van podagra had gehad en nu wegens pijn in zijne gewrichten niet de minste hulp kon verleenen. Toen dan ook de uterus verwijderd was en plotseling de hevige bloeding optrad, riep Langenbeck vreezende, dat de patient, die als eene doode uiterst bleek en zonder eenig teeken van leven te geven, op het bed lag, te veel bloed zou verliezen en niet weer bijkomen uit de syncope, Kirchmeyer, die niet uit zijn stoel kon komen, luid schreeuwende toe: „Herr, so humpeln sie doch jetzt herbei," waarop deze antwoordde: „Ich kann nicht."

Komen wij thans tot de techniek van de operatie.

In de eerste plaats de wijze, waarop in de Leidsche kliniek wordt geopereerd. Men begint met de schaamharen af te scheren en op de gewone wijze de genitalia externa en de vagina te reinigen.

Lafourcade geeft als noodzakelijke voorbereiding aan irrigatie met sublimaat 1 : 1000, tweemaal per dag gedurende eenige dagen, voorafgaande aan de operatie; drie dagen te voren wordt telkens na de irrigatie een jodoform-tampon ingebracht. 's Avonds vóór de operatie laat hij de patient een bad nemen, wordt een lavement gegeven en de schaamharen afgeschoren; tevens wordt dan reeds de omgeving van de vulva gewasschen en bedekt met een sublimaat-verband; dan de vagina getamponneerd. — 's Ochtends vroeg, weer een lavement.

Hij acht verder noodzakelijk de hulp van twee assistenten om de beenen te houden en de écarteurs, één voor de instrumenten en een vierde om de sponzen aan te geven.

Verder een zeer uitgebreid armamentarium, te veel om op te noemen.

Het hier gebruikte armamentorium bestaat uit een bistouri, een paar stevige, lange scharen, de lange écarteurs van Péan, een voldoend aantal lange klemtangen en dubbelgetande Péan'sche tangen.

Patiente wordt genarcotiseerd en gebracht in steensnede-ligging, de onderste extremiteiten in het kniegewricht gebogen en vastgehouden òf door assistenten òf met de beenhouders van Fritsch.

Péan opereert steeds in zijligging, Segond verkiest rugligging in gevallen, waar de uterus beweeglijk is; is dit niet het geval, dan houdt ook hij zijligging voor geschikter.

Vervolgens wordt de portio aangehaakt met twee dubbelgetande tangen en zoo ver mogelijk naar beneden getrokken; zooals we zagen gelukt dit gewoonlijk slechts ten deele of in het geheel niet en zijn hieruit reeds conclusies voor de prognose te trekken, daar, in gevallen, waar de uterus zich goed voor de vulva laat brengen, de operatie eenvoudiger is en gewoonlijk in korter tijd afgeloopen, dan daar waar de uterus onbeweeglijk vast, hoog in het kleine bekken gelegen is, zich dus niet naar beneden laat brengen.

Nu wordt de portio vaginalis circulair omsneden op de plaats, waar de vaginaalwand op de portio overgaat en vervolgens stomp met den vinger in de gemaakte opening verder gedrongen, vóór de blaas los gemaakt en achter het cavum Douglasii geopend, waarna in beide openingen groote écarteurs van Péan worden gebracht en deze krachtig

uit elkaar getrokken. — Door beide écarteurs eerst naar ééne zijde van de vagina te bewegen, komt het ligamentum latum aan die zijde te voorschijn en kan over eene lengte van 2 à 3 c.M. worden gepakt en afgeklemd en mediaan van den tang afgeknipt; op dezelfde wijze gaat men te werk aan de tegenovergestelde zijde.

Nu zijn dan de eerste klemtangen, door Richelot „pinces utérines" genoemd, omdat ze de arteriae uterinae moeten vatten, aangelegd en daarlangs de breede banden afgeknipt en kan men dus het correspondeerende gedeelte van de baarmoeder verwijderen; de portio wordt met de schaar in eene voorste en eene achterste helft verdeeld, deze stukken afgesneden en terstond weer de uterus met de getande tangen gegrepen; men draagt hierbij zorg de baarmoeder niet verder weg te snijden dan de breede band is afgeklemd en „rester en deçà plutôt qu'aller au delà."

Nu dringt men verder naar boven, voor en achter zoo dicht mogelijk langs den uterus, snijdt als de eerste maal den breeden band weer af na afklemming, waarna morcellement van het vrijgekomen gedeelte.

Eene tweede herhaling van deze manoeuvre is gewoonlijk voldoende om den breeden band tot aan

zijn boveneinde te pakken en het laatste stuk van de baarmoeder te verwijderen; bij de meeste gevallen kan men volstaan met rechte klemtangen, soms zullen gebogen tangen geschikter zijn, of is men genoodzaakt een vierden tang, wellicht een vijfden of zesden aan te leggen, wat in den regel met groote moeilijkheid gepaard gaat en de operatie op onaangename wijze compliceert.

Tot voorbij de tangen wordt nu een jodoformtampon ingebracht en een Nélatonschen katheter in de blaas gebracht om dienst te doen als „sonde à demeure"; de eenvoudigste manier om dezen goed te bevestigen is met eene hechting in het labium majus; hierna wordt een ⊤ verband aangelegd en de vrouw te bed gebracht.

Na 5 à 6 dagen wordt de tampon verwijderd en vervangen door een nieuwen; van de gelegenheid maakt men gebruik de wondholte door eene voorzichtig uitgevoerde irrigatie te reinigen.

De tangen blijven 2×24 uur liggen.

Tijdens de operatie opent men nu gewoonlijk hier en daar een absces; de etter wordt verwijderd door een irrigatorstraal; komt geen etter voor den dag, zoo worden de abscessen opgespoord en geopend.

Na het morcellement van de baarmoeder bij pyosalpinx, blijkt het herhaaldelijk onmogelijk de ver-

groeide tuba los te krijgen en weg te nemen, hier is het wenschelijk als principe aan te nemen, dat men zal trachten de adnexa te verwijderen, gaat het lastig dan late men ze achter en stelle zich tevreden met opening van de etterhaarden; mochten eenige niet geopend zijn, dan zullen deze toch later, tijdens de nabehandeling, openbreken naar het wijde draineergat.

Nu rest nog de vraag: zal men de wond hechten of draineeren; hier wordt, zooals we zagen, een jodoform-tampon ingebracht, ook wel een stuk jodoform-gaas, opgevuld met tampons; dit is met het oog op de klemtangen, die blijven liggen, tegenwoordig wellicht de beste methode; verschillende Duitsche chirurgen hechten de wond o. a. Kaltenbach, Mikulicz, Tauffer, Von Teuffel, Schede.

Anderen laten de wond open en draineeren, in Engeland gebruikt men glazen draineerbuizen. Péan is voorstander van hechten; dikwijls zag hij intestina en peritoneum naar buiten komen; hij sluit de opening met 10 à 20 zilverdraad-hechtingen; hierdoor wordt de peritoneaal-holte geheel afgesloten en tevens nog de bloedstelping verzekerd van den kant van de arteriae en venae vaginales.

Pozzi brengt een jodoform-tampon in het cavum Douglasii, Richelot een jodoform-watten-tampon. Bij

het aanwenden van klemtangen zijn de draineerbuizen overbodig, daar hier het in de eerste 48 uren afgescheiden sero-sanguinolente vocht voldoende wordt afgevoerd door het afgeklemde weefsel, dat dan dus dienst doet als draineer-materiaal.

Neemt men de tangen weg na verloop van 2×24 uur dan behoort de wond grootendeels droog te zijn en beginnen peritoneaal-adhaesies de vagina te scheiden van de peritoneaal-holte.

Methode van Péan.

Péan gebruikt voor het losprepareeren van voor- en achterkant van de baarmoeder een licht concaaf raspatorium, terwijl Segond en Jacobs in het gebruik van de vingers het voordeel zien, dat de naburige organen minder kans loopen gelaedeerd te worden; Péan prijst zijn instrument vooral bij hooge ligging en volkomen fixatie van den uterus; het verdere armamentarium is, als bovengenoemd, door Péan zelf aangegeven.

Zooals we zagen verkiest Péan de zijligging, in tegenstelling van Segond, die in rugligging opereert in geval de baarmoeder niet sterk is gefixeerd door adhaesieve membranen en bindweefselstrengen; Segond noemt als voordeelen in de eerste plaats, dat de assistent gemakkelijker zijn rol kan vervullen, dan kan men de ademhaling nauwkeuriger contro-

leeren en is er minder hulp noodig om het bekkeneinde van de patient in eene bepaalde houding te fixeeren. Dan noemt Segond nog als een bezwaar van zijligging, dat de operateur hierbij dikwijls in de verzoeking komt eigenhandig de vrouw in de goede houding te brengen en aldus de kans te loopen zijne handen, en daarmede de patient, te infecteeren. De gang van de operatie is verder als boven beschreven.

Methode van Segond.

Over de ligging, die Segond in een gegeven geval verkiest, is dus voldoende gezegd. Alvorens de circulaire omsnijding te doen, geeft Segond rechts en links een lengte-incisie, om de omsnijding en het decollement gemakkelijker te maken.

Het verwijderen van de baarmoeder geschiedt in vier tempo's.

I. Vrijmaken van voor- en achtervlakte van den uterus.

II. Afsnijden van den breeden band.

III. Klieven van de portio in een voorste en een achterste gedeelte.

IV. Wegsnijden van deze twee stukken.

Soms wordt reeds bij het vrijmaken van den uterus een absces geopend, gewoonlijk echter alleen de peritoneaalzak voor en achter den uterus, dus de exca-

vatio vesico-uterina en het cavum Douglasii. Mogelijk is ook, dat noch de peritoneaalholte, noch een absces wordt geopend, doch dit is uiterst zeldzaam.

Na het decollement wordt op de gewone wijze de breede band afgeklemd en afgesneden en de uterus door morcellement verwijderd; de twee écarteurs, die voor en achter de baarmoeder zijn aangebracht ter bescherming van blaas en rectum, blijven op hunne plaats.

Met nadruk wijst Segond er op zoo eenigszins mogelijk, nooit een stuk weefsel in den klemtang te grijpen of af te snijden, zonder vooraf te hebben nagegaan de plaats, waar de tang wordt aangelegd of waar men de schaar inzet; hierbij beschouwt hij de écarteurs juist als te zijn van groot nut, daar ze te gelijk èn het operatie-veld vergrooten èn de organen, die vermeden moeten worden, beschermen. Door het klieven van de portio wordt gelegenheid gegeven, de baarmoeder naar beneden te trekken, dikwijls verder dan men vermoedde en daardoor het opereeren „à vue" begunstigd.

Volgens Segond is met deze twee manoeuvres de mogelijkheid gegeven, de baarmoeder ten slotte geheel te verwijderen, al ligt zij ook hoog in het kleine bekken omgeven door fixeerende membranen en strengen en slechts bij uitzondering is men genood-

zaakt de hoogst gelegen stukken achter te laten.

Is de uterus niet gefixeerd, dan kan eenvoudiger gehandeld worden door de baarmoeder „in toto," zonder morcellement, te verwijderen. Men vat den breeden band dan met de groote tangen van Richelot, de „grands clamps de Richelot." Segond keurt deze methode ten eenenmale af en wel om de volgende reden: men ziet niet, wat men doet, kan dus een absces openen voor de uterus is verwijderd en zoo het peritoneum infecteeren. Bij het morcellement is iets dergelijks niet te vreezen, de etterhaarden openen zich voor het oog van den operateur en de etter vloeit af langs de vagina.

Terrillon isoleert eerst de baarmoeder zoo goed mogelijk met zijne vingers en gebruikt slechts één of twee klemtangen; dit is hoogst gevaarlijk. Uit het bovenstaande volgt dus, dat Segond absoluut voorstander is van de methode van het morcellement bij de hysterectomie als therapie van bekken-abscessen, hetzij de uterus is groot of klein, hetzij beweeglijk of vast gefixeerd.

De nabehandeling geschiedt op de beschreven wijze; de tangen worden na 2×24 uur verwijderd en gedurende dien tijd een „sonde à demeure" ingebracht; in de eerste dagen legt Segond een ijsblaas op den buik. Van af den derden dag antiseptische irrigatie.

Methode van Müller.

Zonder vóór dien tijd de methode zelf in toepassing te hebben gebracht, beschreef Müller te Bern in 1882 de mediane klieving ter verwijdering van den carcinomateuzen of fibromyomateuzen uterus; de methode vond daarna in Frankrijk talrijke aanhangers, ook in gevallen waar de uterus verwijderd werd met het doel een draineerkanaal te maken. Müller noemde in 1882als voordeel van deze manier van opereeren, dat hier de dikwijls zoo moeilijke onderbinding van het eerste liganent gemakkelijker werd gemaakt door den uterus in de mediaanlijn te klieven.

Quenu toonde in Juli 1892 in de Société de chirurgie een fibromyomateuzen uterus volgens deze methode verwijderd; hij vindt de methode beter dan die van Péan en Segond; Routier, Schwartz, Michaux, Labbé en Bazy gingen met Quenu mee.

De operatie wordt aldus verricht: eerst wordt het cavum Douglasii geopend en voorzichtig geexploreerd, daarna, zoo de operatie geindiceerd blijkt, de portio geheel omsneden en het décollement verricht; daarop brengt men de uterus-sonde in om de de ligging van de baarmoeder te bepalen en hare holte te meten.

Een écarteur, tusschen uterus en blaas gebracht, beschermt deze organen; dan brengt men den wijs-

vinger tusschen uterus en rectum en snijdt de baarmoeder in de mediaanlijn door, telkens kleine gedeelte nemende en liefst met eene krachtige schaar. Zoodra de incisie voldoende lang is, ongeveer 4 à 5 cM., wordt de uterus aangehaakt en verder geknipt, dan volgt nog eens aanhaken en verlengen van de incisie, zoodat de uterus als het ware gepeld wordt uit het kleine bekken en eindelijk in twee helften, aan ieder waarvan nog de breede band bevestigd is, tot aan de labia majora naar beneden rukt.

Zijn nu nog geen abcessen geopend, dan kan men dit doen door den vinger in de incisie te brengen en den etter te doen afvloeien.

Nu blijft nog over afklemming van den breeden band en wegsnijden van de baarmoeder; dikwijls komen ook de adnexa voor de vulva en kunnen dan in dezelfde tang of afzonderlijk worden afgeklemd en daarna verwijderd; blijkt eene tweede tang noodig, zoo legt men deze aan, aan de boven-binnenzijde van N°. 1.

Bij het aanleggen van de eerste tang zij men op zijne hoede voor den ureter; beneden moet hij liggen vlak tegen de cervix, boven zoo ver verwijderd van den uterushoorn, als noodzakelijk is voor de geheele verwijdering van de adnexa.

Houdt men zich bij deze methode aan de mediaanlijn, dan is het bloedverlies uiterst gering, in gunstige gevallen, bij goed beweeglijken uterus eischt zij niet veel meer tijd dan 8 à 10 minuten, naar opgegeven wordt.

Men kan, op deze wijze opereerende, nauwkeurig zien, wat men doet; Labbé, Michaux en Routier geven aan nooit intestina of blaas gelaedeerd te hebben, zelfs niet in de moeilijkste gevallen; eens werd het rectum ingeknipt.

Is de uterus gefixeerd, dan is de operateur dikwijls toch genoodzaakt zijn toevlucht te nemen tot het morcellement; het wordt dan een „morcellement irrégulier" en men geraakt eerst trekkende en snijdende, en door beurtelings adhaesies te verscheuren en weg te duwen, tot zijn doel; dan is het zeker gewenscht van den beginne af aan te morcelleeren, waaruit volgt, dat de „section médiane" uitsluitend is aan te bevelen, zoolang de uterus beweeglijk is.

Methode van Doyen.

De „hemisection antérieure de Doyen de Reims" verkiezen vele chirurgen boven de voorgaande methode, vooral als de uterus klein is; de portio wordt met twee kogeltangen aangehaakt, die gedurende de operatie op hunne plaats blijven. De uterus wordt voor en achter losgemaakt en de methode

Müller gevolgd, met dit onderscheid, dat Doyen alleen den voorwand van de baarmoeder klieft en niet den voor- en achterwand te samen; wat boven van bloedstelping en afklemming gezegd werd, geldt ook hier.

De fundus uteri wordt voor de vulva gebracht door, bij het incideeren, telkens de kogeltangen hooger te plaatsen, tot men den fundus te pakken heeft; de eerste klemtang komt dan bijna verticaal te liggen, een been naar achteren en één naar voren, en men overtuigt zich voor toe te klemmen, den breeden band in zijn geheel en niets dan dezen te hebben gevat.

Is de uterus volumineus, dan neemt Doyen de volgende kunstgrepen te baat: òf hij snijdt na de mediaan-incisie zoo groot mogelijke stukken uterusweefsel weg, òf hij maakt een v-vormige incisie; deze laatste is vooral van nut bij fibromyomen; Doyen neemt dan zijne incisie zoo, dat de tumor ligt tusschen de beenen van de v; dan volgt morcellement tot de uterus voor de vulva komt; volgens zijn eigen opgave opereert Doyen in 15 à 20 minuten.

Methode van Quenu.

Quenu publiceerde in de Société de chirurgie in November 1891 elf gevallen, waarbij zijne methode

werd gevolgd; deze komt overeen, zooals we zullen zien, met die van Müller.

Op het congrès de chirurgie van 1893 liet zich Routier als volgt uit over deze methode: „Il m'a été montré, pendant que je faisais à Cochin le remplacement de M. Quenu, c'est là que je l'ai appris et depuis je l'emploie de préférence à toute autre.

Quenu begint met de portio vrij te maken en mediaan te incideeren; telkens verricht hij dan het decollement met opvolgende incisie, dus bij kleine gedeelten, terwijl Müller, voor te incideeren, de geheele baarmoeder vrij maakt.

Dan zijn nog enkele manipulaties verschillend: Quenu cauteriseert bij het klieven van den uterus de mucosa uteri, zoodra deze voor den dag komt, met chloorzink 1 : 10. Dan is hij voorstander van sluiting van de operatiewond; in navolging van Martin wordt het peritoneum van het cavum Douglasi gehecht aan de mucosa vaginae.

Vroeger legde Quenu eene ligatuur om het onderste deel van den breeden band; tegenwoordig wordt daar een korte tang geappliceerd.

Bestaat er twijfel of de bloedstelping volkomen is, dan wordt lateraal van de groote klemtang eene ligatuur „en masse" aangelegd om te voorkomen, dat het weefsel uit de tangen glipt; dit behoort

tegenwoordig met de uitstekende klemtangen met korten bek, volgens het model van Segond, vrij wel tot de onmogelijkheden, vooral als men zorgt den breeden band niet te dicht langs de tangen af te snijden.

Müller's hoofddoel was de bloeding te voorkomen; hij heeft zelfs geraden gedurende de operatie steeds de aorta abdominalis te comprimeeren.

Quenu wil zoo spoedig mogelijk den fundus uteri voor de vulva brengen.

Quenu kan dus met recht beweren: s'il est vrai que j'utilise, comme Müller, la section médiane, j'exécute cette section médiane dans un autre dessein d'une facon différente et à un autre temps de l'opération.

Evenals de methode van Müller en om dezelfde reden zal de operatie van Quenu slechts in aanmerking komen in gevallen, waar de uterus niet te zeer adhaerent is, waaruit volgt, dat deze beide methoden ook zelden geschikt zullen zijn, waar het geldt het maken van een draineerkanaal voor etterafvoer, daar in de meerderheid dier gevallen de uterus meer of minder gefixeerd is.

Komen wij thans tot onze drie patienten; de eerste was:

L. H., ongehuwd, P. G., oud 31 jaren, werd 19 October in de Leidsche kliniek opgenomen. Volgens een begeleidend schrijven van haren medicus was zij het vorige jaar lijdende geweest aan chronische parametritis en perimetritis.

In narcose werd in het rechter parametrium een fluctueerende tumor geconstateerd en verder rondom den uterus, niets dan vaste massa's; de medicus opende het absces met een aspirator van Dieulafoy, waarbij zich ongeveer 250 cM^3 pus ontlastte; de holte werd met sublimaat uitgespoeld, waarop rust werd voorgeschreven en een glycerine-tampon ingebracht; een tijd lang ging het patiente daarna goed, doch toen zij weer in hare oude omgeving terug was, ging de toestand achteruit. Toen werd reeds aangeraden hierheen te gaan, doch deze raad van de hand gewezen; eenigen tijd later was de toestand eene zoodanige, dat terwijl patiente nu zelf naar

Leiden wenschte te gaan, de medici het ten sterkste moesten ontraden; patiente werd toen sinds Juni niet meer geobserveerd.

Met moeite is de medicus er achter gekomen, dat aan het geheele ziekteproces gonorrhoische infectie ten grondslag ligt.

Patiente geeft zelf het volgende verhaal van het lijden: in Juli '92 merkte zij voor het eerst, dat ze pijn had na het wateren en pijn in de liesstreek, waar nooit eene dikte werd waargenomen; frequent wateren, pollakurie, kwam niet voor, op zijn hoogst 2-maal per nacht. Toen, en ook iets van te voren, had zij tevens groengele afscheiding uit de vagina en na de pijn na het wateren, trad al spoedig voortdurende pijn in den buik op, waarbij patiente misselijk was en zelfs dikwijls braakte; hierbij was de ontlasting traag en pijnlijk; menses traden tot dien tijd geregeld om de maand op en duurden 7 à 8 dagen zonder eenige stoornis, van af het twaalfde levensjaar.

Langzamerhand werd de buikpijn erger; de medicus schreef voor het gebruik van warme pappen op den buik, waarbij echter de toestand niet verbeterde, de koorts aanhield en de vrouw steeds magerder en slapper werd. Eetlust ontbrak zoo goed als geheel; zij was voortdurend te bed. Dat de buik

dikker was geworden, kon ze niet merken, doch naast de aanhoudende buikpijn traden toen op vreemde gewaarwordingen in het rechterbeen, dat zij moeilijk kon bewegen; ze had in dat been het gevoel alsof er voortdurend koud water langs liep; geen tintelen of slapen, wel af en toe steken er in; vervolgens traden naast deze bezwaren, klachten op over lendenpijnen.

Patient bracht ongeveer een jaar te bed door, waarna, (zomer '93) toen de toestand iets vooruitging, op aanraden van een ander medicus weer omslagen om het lijf werden gemaakt; dit werd weer vier maanden volgehouden; daarop werd ze opgenomen in het ziekenhuis, waar ze geopereerd werd en drie maanden bleef.

In Januari 1894 werd ze ontslagen; aanvankelijk tamelijk goed lijkende, werd het sukkelen en werd de toestand weer zoodanig, dat patiente niet kon loopen van pijn in het been.

Daarna is ze hier gekomen.

De menses traden gedurende die 2 jaren van ziek zijn slechts enkele malen op en dan nog duurde de vloeiing kort; eens evenwel in den zomer van '93 menstrueerde ze drie weken achter elkaar.

Onderzoek in narcose in de kliniek.

Patiente ziet er kachectisch uit; vetweefsel is ge-

heel verdwenen, hartswerking is zwak; aan den buik niets opvallends; bij palpatie voelt men rechts van de mediaanlijn boven den bekkeningang eene zwelling, die aan de bovenvlakte vrij gelijkmatig aanvoelt, aan de mediaanzijde ietwat ongelijkmatig; de consistentie is eenigszins elastisch; van den bovenrand der zwelling naar den rechter bekkenwand loopt eene streng, beweeglijkheid bestaat in het geheel niet en het is onmogelijk in te dringen tusschen zwelling en bekkenwand.

De zwelling reikt in de mediaanlijn tot 2 vingers beneden den umbilicus; links van de mediaanlijn kan men voor zoover de buikwand zelf dat toelaat, vrij diep indrukken in de richting van den bekkeningang, zonder eenige weerstand van beteekenis te ontmoeten.

Inwendig onderzoek leert, dat de vagina kort is, ruim vingerlid lang, portio vaginalis klein, achter de portio is eene zwelling, die ver naar beneden reikt tusschen rectum en vagina, als het ware in een punt eindigt en samenhangt met de uitwendig te voelen zwelling.

Door het inbrengen van eene sterk gebogen sonde wordt uitgemaakt, dat de zwelling voor de portio vaginalis, zooals reeds te vermoeden was bij bimanueel onderzoek, het in sterke anteflexie

gelegen corpus uteri is, dat vrijwel gelegen is in de mediaanlijn. — Links van het corpus uteri voelt men bij bimanueel onderzoek een weinig meer weefselmassa dan normaal tusschen uit- en inwendige vingers.

Exploreerende per rectum en vagina tegelijk, is de dikte daartusschen gelegen duidelijk naar boven toe te vervolgen, waarbij gemakkelijk wordt geconstateerd, dat de zwelling in omvang toeneemt naarmate men hooger komt en reikt tot dicht bij het sacrum. Proefpunctie geeft stinkenden pus.

Diagnose is uit het bovenstaande gemakkelijk te stellen; we hebben duidelijk te doen met eene etterophooping in het parametrane weefsel, en wel hoofdzakelijk rechts, terwijl er links alleen sprake is van geringe verdikking.

Therapie. Het maken van een ruim kanaal voor etterafvoer volgens de Péan—Segondsche methode is geindiceerd, daar het op andere manieren reeds vruchteloos is geprobeerd.

8 Nov. Patiente heeft lichte temperatuursverhooging (38°); de rechterbuikstreek is zeer pijnlijk; daarop wordt een ijsblaas gelegd.

17 Nov. Operatie in narcose.

Reiniging. Afscheren van de schaamharen. Lediging van de blaas. Gebruikelijke desinfectie.

Met den katheter kan niet worden bepaald, hoe ver de blaas reikt. Portio wordt zoo goed mogelijk naar beneden gehaald en het cervicaal-kanaal gedilateerd tot n°. 7 Hegar; het cavum uteri blijkt nog vrij groot te zijn; de dilatatoriën verdwijnen er in bijna tot aan het heft.

Omsnijding van de portio volgt, lege artis met zijdelingsche Segondsche incisies; dan stompe losmaking van voor- en achterzijde van het onderste uterus-gedeelte tot in de peritoneaal-holte, afklemming van de breede banden aan hun ondereinde en verwijdering van een deel van den uterus.

Daarop verdere afklemming, wat links eenige moeite kost. Rechts treedt eene aanzienlijke bloeding op, die vrij wel gestelpt wordt door de derde klemtang; waarbij voor het eerst een absces wordt geopend en etter afvloeit. Het blijkt dat links de breede band reeds over de geheele lengte is gevat; hier treedt geen bloeding op, doch rechts is de operateur genoodzaakt nog eene vierde klemtang aan te leggen, omdat eene arterie spuit. Het, boven het eerst afgeklemde gedeelte van den uterus gelegen, deel van den fundus is door de getande tangen successivelijk weggeplukt, als 't ware; misschien is rechts nog iets blijven zitten.

De operatie leverde veel moeilijkheden op wegens

de nauwe vulva en vagina en de onbeweeglijkheid van den uterus; ten slotte was geen bloeding meer zichtbaar en werd de tanponnade verricht met een vierkanten lap jodoformgaas, die opgevuld werd met salicyl-tampons.

Rondom de klemtangen werd ook jodoformgaas gebracht.

Katheter à demeure gehecht aan het linker labium majus.

Reiniging. Transport. Patient ontwaakt goed uit de narcose; geen bloeding; pols is goed.

19 Nov. Toestand bevredigend. Patiente zweet veel.

In den namiddag worden de klemtangen verwijderd, waarop geen bloeding volgt. Jodoform-poeder wordt geblazen tegen tampon en genitalia externa. De katheter loopt af en toe niet meer; door hier en daar te knijpen, loopt hij weer. 's Avonds klaagt patiente over rommeling in den buik; deze is wat opgezet; er wordt een spuitje glycerine gegeven en de katheter verwijderd, die verstopt was en geincrusteerd.

20 Nov. Er treden flatus op, na het spuitje glycerine van den vorigen avond.

21 Nov. Tampon verwisseld. Achter den ouden was weinig etter.

24 Nov. Weer eene nieuwe tampon ingebracht;

nu bevond zich veel etter achter den vorigen; het draineer-kanaal wordt geirrigeerd.

25 Nov. Tampon-verwisseling; evenals gister veel etter. Irrigatie. Er bevinden zich ter weerszijde van het kanaal hier en daar necrotische stukken, aan het boveneinde komen reeds bloedende granulaties voor den dag; de pus komt rechts boven uit eene kleine opening.

29 Nov. Tot nu toe werd iederen dag de tampon gewisseld; voortdurend nog etterafvloeiing; de vrouw maakt het goed; op de hoogte van het os coccygis vertoonde zich reeds de eerste dagen decubitus; deze gedeelten zien nu zwart, doch door Priesnitz'-sche inwikkeling beginnen ze af te stooten; er is nog een roode, gezwollen plek ter grootte van een rijksdaalder ongeveer.

15 Dec. De decubitus-plek wordt steeds kleiner; irrigatie met aluin, in boorwater opgelost.

9 Jan. '95. Decubitus-plek is zeer klein geworden; het wondje in de vagina zoo goed als dicht; patiente neemt gedurig toe in lichaamsgewicht.

13 Jan. De decubitus-plek met lapis aangestreken.

15 Jan. Patiente vertrekt. Haar medicus zal de behandeling verder leiden.

Vrouw D. geb. D., R. C., 39 jaar, is drie Novem-

ber 1894 opgenomen in de Leidsche Kliniek; voor vier weken was ze plotseling 's nachts ziek geworden met hevige buikpijn en brakingen; de pijnen zaten vooral in den onderbuik links; drie dagen van te voren was zij ook reeds wat pijnlijk geweest, doch daarvoor geheel normaal; zelf was ze naar den medicus gegaan en had van dezen medicijnen gekregen waarop ruime defaecatie volgde, zeer stinkend. Geen stoornis in de extremiteiten, geen hoesten, geen hoofdpijn, ongestoord sensorium.

Gedurende de eerste drie dagen van die vier weken heeft patiente warme pappen op den buik gehad, daarna voortdurend koude compressen. De ontlasting was bijna steeds dun, bruin, ook wel groen van kleur, daarbij veel stank verspreidend; soms had ze 6 maal daags en 6 maal 's nachts ontlasting; deze is de laatste drie dagen gebonden en niet frequent; bloed of slijm werd nooit daarbij bespeurd. Nu is de hevige buikpijn weg, doch er is een lichte knagende pijn gebleven, die dikwijls 's avonds exacerbeert. De eetlust is tijdens de ziekte vrij goed geweest, dikwijls traden flatus op; al dien tijd had zij koorts. Patiente is zeer afgevallen en heeft in de laatste dagen pijn bij het wateren.

4 Nov. Priesnitz'sche inwikkeling om den buik wegens pijn; gevraagd naar menses, blijkt dat deze

optraden sedert hare 17e jaar om de 3 à 4 weken zonder stoornis. Laatste maal had zij de menses nu voor 4 weken; ze komen altijd op tijd; patiente was nooit zwanger.

5 Nov. 's Avonds was ze pijnlijk.

6 Nov. Priesnitz wordt weggelaten.

7 Nov. Onderzoek in de kliniek in narcose.

Voedingstoestand is op dit oogenblik slecht. Vetweefsel is een minimum, geen zichtbare opzetting van den buik. Bij palpatie vinden we van de ossa ilei uitgaande boven den bekkingang eene elastische zwelling, die in de mediaanlijn het minst hoog reikt; van indrukken tusschen zwelling en ossa ilei is geen sprake; de bovengrens reikt niet tot aan den bovenrand der ossa ilei, doch ver boven de linea innominata; beweeglijkheid bestaat niet. Inwendig onderzoek leert, dat de vrouw is nullipara; de vagina is kort; aan het einde daarvan, men kan slechts een vingerlid ver indringen, komt men al direct op een weerstand en dan op de zeer korte portio vaginalis, waarvan het ostium naar de symphysis ziet; de ligging van het corpus uteri is niet te bepalen bimanueel, dit gaat met eenige moeite met behulp van speculum en sonde, de uterus ligt naar links op het linker gedeelte van de zwelling. Proefpunctie links geeft bloederigen pus; aan den voorkant van de portio geen weerstand.

Uit het diep naar beneden reiken van de zwelling tusschen rectum en vagina en het innig samenhangen van zwelling en bekkenwand wordt geconcludeerd, dat deze zit in het parametrane weefsel.

Tusschen zwelling en sacrum bestaat nog eene vrij groote ruimte.

Spoedig ingrijpen is noodzakelijk, de etter moet ruim kunnen worden afgevoerd, wat slechts mogelijk is door de operatie van Péan; prognose is niet gunstig, doch het is de eenige methode hier.

Na het onderzoek wordt de patiente te bed gebracht; zij ontwaakt vrij goed uit de narcose, braakt echter een weinig en is in den namiddag pijnlijker dan gewoonlijk; temperatuur eenige uren na de narcose 38.5.

10 Nov. Temperatuur vrij normaal; buik, vooral links, pijnlijk.

13 Nov. Operatie in narcose.

Reiniging en desinfectie. Lediging van de blaas.

De portio staat zeer laag door de abscessen; er kan slechts een klein speculum worden ingebracht; men begint de portio aan te haken en zoover mogelijk naar beneden te trekken. Daarop volgt dilatatie van het cervix-kanaal tot N°. 6 Hegar. Met een mannenkatheter is het niet mogelijk te zien, hoe ver de blaas reikt.

Portio wordt circulair omsneden, nadat zijhouders en voor- en achterwand-specula zijn ingevoerd en bovendien rechts en links nog eene kleine incisie in het laquear laterale is gegeven; de blaas wordt gemakkelijk afgeschoven en ook achter de cervix vrij gemakkelijk los gemaakt van hare omgeving; nu worden de ondereinden van de breede banden afgeklemd en mediaanwaarts deze afgeknipt. Daarna de cervix ingeknipt links en rechts en daarna de daardoor ontstane voor- en achterlip met de schaar verwijderd.

Nu wordt geprobeerd den uterus verder los te maken, nadat hij, voor het wegknippen, met getande tangen is gevat; hierbij wordt links een absces geopend. Irrigatie met boorwater en vervolgens de breede banden, lege artis, in hun middengedeelte afgeklemd, afgesneden en het correspondeerende deel van den uterus verwijderd. Volgt matige bloeding en etter vloeit af van rechts. Irrigatie met boorwater. De volgende tangen worden aangelegd en het bovenste deel van den uterus verwijderd. Weer treedt bloeding op en wordt geirrigeerd; links legt men twee klemtangen aan op de bloedende plaatsen, waarbij de reeds aanwezige tangen worden afgenomen, rechts nog een extra-klemtang geappliceerd; nu is de bloeding gering, geen spuitende vaten.

De tamponnade geschiedt weer met een vierkanten lap jodoformgaas, opgevuld met salicyl-tampons; ook links en rechts van de klemtangen komen jodoformgaasstrookjes te liggen en op den volgepropten zak nog eene tweede jodoformgaas-tampon.

In de blaas wordt een Nélaton'schen katheter gebracht; ze bevat weinig heldere urine; de katheter bevestigd aan het labium majus.

Reiniging en transport van de patient; pols voelbaar, doch zwak; de operatieduur ¾ uur.

Na een kwartier is de tampon doorgebloed, doch loopt geen bloed af; patient braakt een weinig, is onrustig; het ontwaken uit de narcose was goed en na een gemoedelijke toespraak houdt ze zich kalm.

Na een uur nog geen noemenswaardige bloeding; het braken heeft opgehouden, de patient zweet nu sterk; pols is iets krachtiger; ze houdt zich rustig.

7 uur 's avonds. Pols goed naar omstandigheden; laken is een weinig met bloed doortrokken, een bloedcoagulum loopt langs de bilplooi van den tampon naar het laken.

14. Nov. Toestand goed. Geen bloeding.

15 Nov. Verwijdering van de klemtangen, geen bloeding; jodoformpoeder tegen tampon geblazen en tegen genitalia externa; de urine is helder; de katheter à demeure blijft liggen.

17 Nov. Katheter is verstopt; hij wordt verwijderd en bevat korrelige elementen op het gedeelte, dat in de blaas heeft gelegen; ook incrustaties in de opening.

's Namiddags wordt spontaan geurineerd.

19 Nov. Patiente febriciteert nog; pols niet zoo goed als te voren; verwijdering van den zak met tupfers en irrigatie van het draineer-kanaal. Veel stank aan den tampon.

22 Nov. Nieuwe tampon ingebracht; achter den ouden weinig stinkende etter; hier en daar in het kanaal necrotische vellen.

24 Nov. Tampon vernieuwd; weinig en minder stinkende pus; rechts aan het boveneinde is eene onregelmatige holte, vol coagula; aan den wand hangen veel necrotische lurven; hier en daar bloedende granulaties.

25 Nov. Nieuwe tampon, bijna geen etter. Irrigatie van het kanaal.

29 Nov. Tot dusver werd iederen dag de tampon verwisseld.

1 Dec. Geen pus meer; temperatuur normaal; verbandwisseling om den anderen dag; patient is zeer opgewekt, klaagt niet meer over pijnlijkheid en gaat, wat betreft den algemeenen toestand, vooruit.

3 Dec. Patient is opgestaan; temperatuur wordt nog gecontroleerd.

8 Dec. Het kanaal granuleert goed, de opening is gulden-groot, de lengte van het kanaal is ongeveer 3 cM., er is geen weerstand meer te voelen bij bimanueel onderzoek.

De granuleerende randen worden met lapis aangestreken. Patient voelt zich uitstekend en wil gaarne overgaan in poliklinische behandeling.

6 Dec. Patient ontslagen; ze zal tweemaal 's weeks terugkomen.

24 Jan. Tot nu toe is het wondje in de vagina af en toe poliklinisch aangestreken; het granuleert goed, is niet grooter dan een stuiver-stukje. Nu is echter oedeen van de onderste extremiteiten opgetreden, wat 's nachts vermindert.

Urine-loozing sedert de operatie frequent, ook 's nachts; geen albumen.

Het oedeem is door bedrust genezen.

Patiente ontslagen.

Het derde geval betreft G. W., oud 21 jaar, van beroep dienstbode, P. G. Zij werd opgenomen als zwanger, primipara en beviel op 25 Nov. 1894, voormiddags te 12 uur 25 minuten van een zoon. Hoewel het verloop der baring niet direct ons onderwerp interesseert, zij toch met een enkel woord ver-

meld, dat de vrouw 's morgens van den 22sten November sedert 8 uur over pijn was begonnen te klagen en vervolgens te 10 uur naar de verloskamer werd overgebracht.

Bij uitwendig onderzoek werd even onder den ribbenboog, in fundo, een groot deel geconstateerd, de rug lag links voor en de schedel was bijna geheel in de holte, harttonen links beneden den umbilicus.

Bij inwendig onderzoek vond men den schedel door het ostium, dat 7 cM. groot was, goed te voelen met kleine fontanel naar links voor; vruchtwater was afgeloopen.

11,30. Harttonen goed. Ontsluiting volkomen.

12. Schedel in de vulva zichtbaar; rand van de vulva oedemateus.

12,25. Partus. Kind schreeuwt goed, de oedemateuze rand van het perineum is ingescheurd, uterus doet goed zijn plicht, geen bloeding. Na een kwartier verwijdering van de placenta. Geen bloeding. Vliezen en placenta compleet. Reiniging en transport.

Tot dusverre was dus niets bizonders voorgevallen, doch spoedig vertoonde zich temperatuurs-verhooging en gedurende de eerste 10 dagen post partum werd intermitteerend gefebriciteerd; evenwel waren geen genitaalafwijkingen te constateeren.

Wegens groote kloven aan de tepels wordt het

kind van de borst genomen; er was trouwens weinig melksecretie. De borsten werden opgebonden en als te voren reeds was geschied, behandeld met Aqua Goulardi.

Er is aan de rechter mamma, rechts boven den tepel, een fluctueerend plaatsje; er wordt geincideerd, waarop zich rijkelijk pus ontlast, en vervolgens een draineerbuisje aangelegd.

19 Dec. Dagelijks wordt de mamma verbonden; de temperatuur blijft constant te hoog; nu is er links aan de mediaan-zijde van de mamma ook eene pijnlijke zwelling en waarschijnlijk fluctuatie. Hier wordt eene Priesnitz'sche inwikkeling aangebracht.

25 Dec. In genoemde fluctueerende plaats links wordt geincideerd, nadat bij proefpunctie etter is geconstateerd; veel pus stroomt af. Drainage en jodoformgaas-verband.

Patiente blijft febriciteeren.

26 Dec. Draineerbuisje links en Priesnitz'sche inwikkeling.

27 Dec. Rechts alleen Priesnitzsche inwikkeling, links draineerbuis en Priesnitz.

28 Dec. Rechts weer draineerbuisje, omdat pus te voorschijn komt tusschen de granuleerende randen van de gemaakte opening; de opening wordt

verwijd door een koorntang gesloten in te brengen en geopend naar buiten te halen.

Beiderzijds Priesnitz en draineerbuis.

2 Jan. Beide mammae zien zeer rustig; weinig pus meer uit de gemaakte openingen, patient in de laatste twee dagen zoo goed als afebriel geweest; ziet er zeer vervallen uit en klaagt den laatsten tijd over heeschheid.

4 Jan. Patiente gaat weer febriciteeren, heeft evenwel geen klachten.

5 Jan. Geen klachten. Mammae zijn geheel vrij, de incisie-openingen worden kleiner en voeren den weinigen etter, die nog geproduceerd wordt, goed af. Geen afwijkingen te constateeren in pulmonibus; bij inwendig onderzoek wordt gevonden eene elastische zwelling links van de portio vaginalis en daarachter, waar het laquear posterius bombeert. Applicatie van ijs op den buik.

8 Jan. Zwelling is niet afgenomen en eene proefpunctie, buiten narcose verricht, brengt pus voor den dag; er wordt geïncideerd en de opening stomp verwijd met een koorntang; vervolgens irrigatie en tamponnade met jodoformgaas, er vloeit veel en dikke pus af.

9 Jan. Nog steeds temperatuursverhooging; irrigatie en tamponnade van de holte.

10 Jan. De tampon van jodoformgaas is na irrigatie vernieuwd. De gemaakte incisie is door deze manipulaties verder gescheurd, tot in de portio.

11 Jan. Behandeling in narcose. Na verwijdering van den tampon en reiniging der genitalia inwendig en uitwendig, constateerde Professor Treub, dat de wand der geïncideerde holte bestond uit rot weefsel; ook de uterus was een weeke brokkelige massa geworden.

Met den vinger werden nu stukken van dit weefsel verwijderd, waarna irrigatie en tamponnade werd verricht.

12 Jan. Operatie in narcose. Nu wordt een soort operatie van Péan verricht; na verwijdering van den tampon en reiniging der genitalia interna en externa, werd de uterus gedeeltelijk verwijderd; een deel van den fundus bleef achter, waardoor de bovenste deelen van de ligamenta lata niet behoefden te worden afgeklemd. Nadat de blaas was losgepeld en de portio, voor zoover nog aanwezig, circulair omsneden, werden, aan beide zijden, twee Péan'sche klemtangen in de breede banden aangelegd en deze daar langs afgeknipt.

Ongeveer $^2/_3$ van het onderste deel van den uterus werd verwijderd, deels doordat de getande tangen er brokken weefsel afscheurden, deels door afknippen, nadat de uterus gekliefd was; daarna werd een

jodoformgaas-tampon gelegd tusschen de tangen, nadat de bloeding tot staan was gebracht.

Een elastieke katheter werd in de blaas gebracht en door eene hechting aan het labium majus vastgelegd.

Daarna werd patiente gereinigd en te bed gebracht.

Daar de pols bijna niet te voelen was, werden twee kamfer-aether-injecties aan den thorax gemaakt. Er volgde verbetering van den pols; nog driemaal in vijf uur werd kamfer-olie geïnjicieerd, waarna de pols regelmatig bleef, doch frequent. — Verder gebruikte patient twee halve fleschjes champagne en een glas cognac.

13 Jan. Patiente watert goed. De toestand is dezelfde. Zij is kalm en klaagt niet.

14 Jan. De Péan'sche tangen worden verwijderd. Patiente blijft febriciteeren.

15 Jan. De katheter blijkt verstopt te zijn en wordt dus verwijderd en patiente op nieuw gekatheteriseerd.

17 Jan. Patiente laat faeces en urine loopen; de tampon wordt verwijderd; de operatieholte komt voor den dag als ééne suppureerende massa en wordt met 2.5 % carboloplossing uitgespoten en een nieuwe tampon ingebracht. Op de mammae wordt een lapje boorzalf gelegd; deze wonden zijn zoo goed als genezen.

19 Jan. Patiente febriciteert minder sterk; de holte vertoont hier en daar granuleerende gedeelten.

20 Jan. Steeds hooge polsfrequentie; patient is psychisch gealtereerd, waarom de jodoformgaastampon morgen vervangen zal worden door een tampon van hydrophilegaas en dagelijksche reiniging verricht. Sedert een paar dagen is de vrouw gaan hoesten; het bovenlijf wordt hoog gelegd en toediening van Spiritus ammoniae anisatus 5 : 200. 3 × d. c.

21 Jan. De wond wordt geirrigeerd, waarbij nog al veel etter wordt uitgespoeld. Er zijn hier en daar nog granuleerende plekken in de holte. Tamponnade met hydrophilegaas. Patient hoest minder; onderzoek van den thorax geeft geen afwijkingen; alleen is de bewegelijkheid der rechter longgrens verminderd, zoo niet opgeheven. Dreigt het ontstaan van een groote decubitus-plek op het sacrum. Daarom wordt patient uitsluitend op rechter- of linkerzij gelegd. Verder wordt gegeven Spir. amm. anisat. 5 : 180. alle 3 uren 1 lepel.

22 Jan. Patiente hoest meer, als zij op de rechterzij ligt dan op de linker. Longgrens rechts onbeweeglijk, doch staat niet hooger dan links. Geen ronchi, geen wrijven. Voorgeschreven: Codein. 0,020 o.bh.

23 Jan. Onderste longgrens aan den voorkant reikt tot den 6^{en} rib; rechts op den rug 2 cM. hoo-

ger dan links. Stemfremitus aan den voorkant op de hoogte van den 6en rib sterk verzwakt. Ademgeluid zwak, ronchi aanwezig, geen wrijven; heden is de temperatuur gestegen.

De genoemde wondbehandeling wordt verricht, de wond granuleert goed. Therapie als gister.

24 Jan. De temperatuur stijgt in den middag tot 40°; percutorisch wordt de onderste longgrens rechts, in de parasternaal-lijn, gevonden in de 4e intercostaal-ruimte; achter op den hoogte van den 9den ruggewervel; er zijn talrijke ronchi. Therapie en wondbehandeling als te voren. De decubitus-plek is doorgebroken; hierop wordt een lapje boorzalf gelegd.

25 Jan. De temperatuur is lager; dofheid in de parasternaal-lijn in de 5de intercostaal-ruimte; rechts achter op de hoogte van den 10den wervel. Ronchi zijn minder talrijk. Behandeling van de wond en de decubitus-plek als te voren. Inwendig wordt gegeven: Infus digit 2:280 obhc.

26 Jan. De temperatuur is weer hooger. De dofheid als gisteren; linkerlong vol ronchi, de rechter minder. In vagina is een fistel naar het rectum, waardoor zich faeces ontlasten. Inwendig: Infus. digit. 2:200 obhc. en spir. amm. anis. 5:200 obhc.

27 Jan. Uit de vagina komt bloed naar buiten; patient wordt getransporteerd naar de operatie-ka-

mer en de tampon, doorweekt van bloed, verwijderd. De achtervlakte van de wond, daar, waar de faecaalfistel is, ziet zwart, eveneens de linkerzijkant. De wond wordt geirrigeerd; er komt geen pus; de bloeding, blijkbaar komende uit de zwarte gedeelten, staat. In vagina wordt een nieuwe jodoformgaas-tampon gebracht.

De dofheidslijn is als gisteren. Er zijn weinig ronchi. De pols-frequentie is na den middag iets geringer, daarentegen neemt de ademfrequentie toe; achter boven is, zoowel rechts als links, de percussietoon minder luid, korter. Er zijn geen sputa; tot nog toe gaf de patiente niets op. Inwendige medicatie: chloret. amm. spir. amm. anisat. aa. 5 : 200; daar dit door braken weer te voorschijn komt, wordt alleen spir. amm. anisat. gegeven.

28 Jan. Toestand is dezelfde. Niettegenstaande het toedienen van Infus. digital. blijft de pols zeer frequent.

Therapie: camph. 1, vit. ov. I, sir. simpl. 20, aqua 180, obhc; tegen den avond wordt het hoesten veel minder; patiente dommelt.

29 Jan. 's Morgens 6 uur is zij plotseling overleden.

Autopsie. Onderkwab rechter pulmo vol kleine abscessen, die blijkbaar gedurende het leven, bovenstaande symptomen hebben gegeven. Darmen overal

samengebakken onderling en met den buikwand vergroeid; overal hiertusschen bevindt zich pus.

Cor hypertrophicum; op de kleppen versche excrescenties.

Pyaemische nieren.

Groote fistel van het wondkanaal naar het rectum; de operatie-wond is gangraeneus.

Het effect nagaande van de operatie van Péan in onze gevallen, zoo mogen we hier zeker van gunstige resultaten spreken; in het eerste geval van vrouw L. H. was reeds lang elke andere therapie machteloos gebleken en was de vrouw naar menschelijke berekening ten doode gedoemd zonder chirurgisch ingrijpen, zij het dan ook, dat ze nog korteren of langeren tijd in vrij wel jammerlijken toestand had kunnen leven. Patiente is nog eenige malen terug geweest, en het kleine granuleerende wondje aangestreken; zij is nog steeds in extaze over haar tegenwoordigen toestand van voorbeeldige gezondheid, vindt zich eene glorie voor de wetenschap! Zij had nooit zich voorgesteld zoo volkomen te zullen genezen, als ze nu inderdaad genezen is en ging naar het Ziekenhuis alhier in de overtuiging er nooit weer vandaan te zullen gaan.

Wat het laatste geval betreft, is het duidelijk, dat de operatie daar geen succes kon hebben; de vrouw

was den 22sten November bevallen, febriciteerde reeds gedurende de eerste tien dagen post partum, waarna de pyaemie, van dag tot dag zichtbaar toenemende, langzaam maar zeker het gewone verloop nam.

Ten slotte de vraag: Voor welke gevallen past de operatie van Péan?

In de eerste plaats is ze onnoodig voor eenvoudige gevallen van parametritisch of perimetritisch absces, waar men kan volstaan met het absces te openen of langs de vagina of door den buikwand, de holte uit te spoelen en te tamponneeren.

Ongeschikt voor onze operatie zijn ook de abscessen, die aan de buitenzijde van het lichaam voor den dag komen.

Nu blijft dus één soort over n. l. de gecompliceerde abscessen, d. i. die vorm van parametritische ettering, waarbij talrijke grootere en kleinere etterhaarden in het parametrium, niet een enkel omschreven absces, dus de „éponge purulente" der Franschen.

Hier is eene bovengenoemde eenvoudige therapie onvoldoende, om de ettering te doen ophouden en genezing te brengen; er moet midden in het kleine bekken een ruim draineerkanaal worden gemaakt, waarbij alle abscessen kunnen worden geopend.

Péan, en vooral Segond, gaat echter veel verder;

zij vinden indicatie bij dubbelzijdige tubair-aandoeningen; in de statistiek van Segond vindt men behalve pyosalpinx, tal van gevallen van z. g. n. catarrhale salpingitis.

Péan en Segond beweren, dat aan deze operatie aanzienlijke voordeelen boven de salpingotomie zijn verbonden; ze vinden de operatie minder ingrijpend, dus minder gevaarlijk dan de salpingotomie, men heeft minder last van adhaesies, het succes „quoad valetudinem completam" zou beter zijn en eindelijk, komt er geen buiklitteeken, is dus geene noodzakelijkheid een buikband te dragen.

Op deze argumenten valt echter het een en ander af te dingen; zoo wat de ongevaarlijkheid betreft, moet deze blijken uit statistieken van Segond, daar de cijfers van Péan niet te controleeren zijn en bijgevolg waardeloos, en dus blijkt dat niet iedereen zoo gelukkig is als Segond.

Professor Treub nam in 1892 driemaal een goed bewegelijken carcinomateuzen uterus weg naar Péan; in alle drie gevallen trad nabloeding op, waaraan ééne vrouw is gesuccombeerd. Bestaat er bloeding, als rechts en links drie pincetten liggen, dan is het uiterst moeilijk deze te stelpen door meer pincetten aan te leggen.

Hier moet evenwel gezegd worden, dat de latere

resultaten in de Leidsche kliniek verkregen, hebben doen zien, dat het gevaar voor bloeding aanzienlijk vermindert wanneer de operateur de techniek der operatie behoorlijk meester is.

Ook Dolléris zegt, dat te Parijs verteld wordt van drie gevallen, waarin de patient aan bloeding is gesuccombeerd.

Dan de bewering, dat adhaesies minder hinderlijk zijn; al beweert Segond, zooals we zagen, dat men niets doet, zonder te zien, wat men doet, zoo is dit niet juist; bij het verrichten van het morcellement van den uterus, ziet men de adhaesies niet, wel ziet men, meer of minder duidelijk, afhankelijk van de bijzonderheden van het geval en van de vaardigheid van den operateur, de gedeelten van den breeden band, die afgeklemd en afgesneden worden.

De tuba ziet men niet, tenzij men haar in de opening der fornix vaginae trekt, dus is zij vergroeid, dan ziet men ze niet, tenzij het gelukt de vergroeiingen, geheel op het gevoel, op te heffen.

Bij morcellement bij pyosalpinx gelukt dit herhaaldelijk niet, ja, men mag als principe stellen, dat het losmaken van de tuba, wordt achterwege gelaten, zoo het moeilijk gaat en dan dus enkel de bereikbare etterholten moeten worden geopend.

Ook op de bewering, dat het morcellement beter effect heeft, is dus wel het een en ander af te dingen; het achterlaten van etterhaarden in den buik is natuurlijk gevaarlijk en reeds verschillende door Péan en Segond geopereerde patienten zijn met lang nablijvende etteringen onder behandeling van andere chirurgen gekomen.

Het feit, dat bij het morcellement het buiklitteeken vermeden wordt, is zeker geschikt om patienten te verlokken, doch overigens een voordeel van ondergeschikt belang, tegenover de genoemde nadeelen.

Dan heeft de salpingotomie nog het groote voordeel, dat men kan zien hoe ver de adnexa verwijderd zullen worden; dikwijls is een tuba minder ziek, dan vermoed werd en is dus de indicatie, de dubbelzijdigheid der tubairaandoening, niet aanwezig, en eene aandoening van één der beide tubae is zeker geen reden om te morcelleeren.

Met de circulaire snede om de portio bij het morcellement is over het lot der genitalia interna der patiente beslist.

Eene goede operatie bij pyosalpinx is het morcellement slechts onder twee voorwaarden of bij de uiterst zeldzame pyosalpinx met fistuleuze communicatie met blaas en darm of en dit is even zeld-

zaam, zoo bij laparotomie blijkt, dat verwijdering der tubae door adhaesies onmogelijk blijkt.

Slechts voor die gevallen is de operatie van Péan eene verbetering van onze therapie bij pyosalpinx; daarnevens is zij een uitstekend middel, zooals we zagen bij de bovengenoemde gecompliceerde parametritische en perimetritische abscessen.

STELLINGEN.

I.

Bij uitgebreide etteringsprocessen in het kleine bekken, is de operatie van Péan de eenige geschikte therapie.

II.

Bij het opereeren volgens de methode van Péan is het gevaar in hoofdzaak gelegen in de bloeding.

III.

De door Freund als idiopathische aandoening beschreven Parametritis atrophicans berust op infectie.

IV.

Péan heeft niet het recht zijne methode „castration utérine" te noemen.

V.

Terecht ziet Forel het gevaar van het gebruik van alcohol [Deutsche Medicinische Wochenschrift n°. 52, 1894] in het versterken van een voorhanden zijnden psycho-pathologischen aanleg of, zoo deze sluimerend aanwezig is, in het opwekken daarvan.

VI.

Om deze reden is ook het voortdurend matig gebruik van alcohol gevaarlijk.

VII.

Het toedienen van alcohol bij septische toestanden is niet gewenscht.

VIII.

Behandeling van hysterie met inwendige middelen heeft in het algemeen geen zin, is in vele gevallen gecontra-indiceerd.

IX.

De therapie van hysterie besta in hoofdzaak in zoogenaamd wakende suggestie.

X.

De Weir-Mitchelsche kuur zal geen succes hebben, dan wanneer ze wordt toegepast onder leiding van een medicus, die de patient en haar ziekte-toestand begrijpt.

XI.

In geval bij hernia incarcerata verschijnselen van peritoneaal-prikkeling in den vorm van braken aanwezig zijn en geen defaecatie meer plaats vindt, onthoude men zich van pogingen tot taxis, doch verrichte onmiddelijk de herniotomie

XII.

De uiting van Baginsky ten gunste van de behandeling met anti-diphtherie-serum op het 15de Congress für innere Medicin te München, waarbij hij de ontdekking dezer therapie bijna op één lijn stelt met de vaccinatie, is voorbarig.

XIII.

Het is waarschijnlijk dat door de invoering van het anti-diphtherie-serum tubage tegenover de tracheotomie op den voorgrond zal treden.

XIV.

De seboid-kyste of atheroom is in vele gevallen te beschouwen als analogon van de epidermoid-kyste, dus als te zijn ontstaan door pathologische afsnoering. (Theorie van Cohnheim.)

XV.

Men is niet gerechtigd enkel uit het feit, dat een parturiens septisch is geinfecteerd, te besluiten tot onachtzaamheid of nalatigheid bij de desinfectie van de(n) verloskundige.

XVI.

In geval van Asthma nervosum, dat voor geen ander middel wil wijken, is eene proefneming met hypnotische behandeling geindiceerd.

XVII.

Bij de behandeling van macula corneae, met Unguentum ophthalmicum rubrum of Unguentum acetatis plumbici basici, oefent de massage in hoofdzaak invloed.

XVIII.

Bij conjunctivitis trachomatosa zijn slijm- en etterafscheiding complicaties van het ziekteproces, geen verschijnselen.

XIX.

Bij descensus testiculi incompletus verrichte men, alvorens den testikel op te offeren, steeds eene poging tot orchidopexie.

XX.

Ontsteking van het slijmvlies der galwegen speelt een rol bij de vorming van galsteenen.

XXI.

Macroglossie en macrocheilie zijn meer te beschouwen als nieuwvormingen, dan als eenvoudige lymphangiectasiën.